

VDPP • RUNDBRIEF

20. Jahrgang

4 / 2008

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten



Unsere Ziele:

- Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung
- Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf
- umsatzunabhängige Apotheken
- ökologische Kriterien bei der Arzneimittelproduktion
- verbraucherfreundliche Arzneimittelgesetzgebung
- unabhängig
- überparteilich
- patientenorientiert

RB aus dem
70 INHALT

**Wettbewerb
im Gesundheitswesen**

**Patienteninformation
durch die Industrie?**

**VDPP-MV in Dresden
20. - 22. Juni 2008**

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

es brauchte eine gute Woche, um das ausgesprochen hartnäckige Virus zu besiegen, das den Redaktionslaptop befallen hatte, deshalb erscheint dieser Rundbrief ein paar Tage später als erwartet.

Die Mehrzahl der Beiträge befasst sich mit dem Thema des letzten Herbstseminars, „Wettbewerb im Gesundheitswesen“, und es wird uns wohl auch noch länger beschäftigen. Weitere Diskussionsbeiträge sind ausdrücklich erwünscht.

Das Titelbild zeigt einen Ausschnitt aus dem Gemälde „Il farmacista“ von Pietro Longhi (1752, Venedig, Ca' Rezzonico), nimmt dies als Anlass, der Redaktion aktuellere Bilder zukommen zu lassen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 71:
31. Mai 2008*

IMPRESSUM

Herausgeber: Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V., Neptun-Apotheke, Bramfelder Chaussee 291, D-22177 Hamburg, Tel. 040 63917720, Fax 040 63917724, E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de, URL: <http://www.vdpp.de>, Bankverbindung: Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Konto 200 47 - 105

Redaktion: Jürgen Große (verantwortlich), Thomas Hammer; *Bildredaktion:* Dr. Thomas Schulz
Redaktionsanschrift: Jürgen Große, Mesterfeld 17, 22523 Hamburg, Tel. 040 5707700, Fax 040 5704575, E-Mail: redaktion@vdpp.de.

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung. Die Urheberrechte liegen bei den AutorInnen.

6 Ausgaben kosten im Abonnement 30 Euro. Für Mitglieder des VDPP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

INHALT

Grußwort des Vorstands		Vorstand 16.12.2007	
Jana Böhme	3	Thomas Schulz	14
Kann ökonomischer Wettbewerb die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern?		Vorstand 2.2.2008	
Ingeborg Simon	4	Th. Schulz / K. Lorenz	16
Aufgeräumt und mehr		TERMINE	18
Katja Lorenz	5	DOKUMENTATION	
Neugierigmachen auf die MV		Gesundheitliche Folgen des Flugverkehrs	19
Katja Lorenz	6	Medizin für MigrantInnen ohne Papiere	20
Wettbewerb aus Sicht der GKV		Ausstieg zu Lasten der Patienten	22
Ulrike Faber	7	vdää unterstützt Warnstreiks	
Spendenauf Ruf – das Ergebnis		vdää	23
Katja Lorenz	8	Freie Bahn für die Pharmaindustrie	24
Wettbewerb aus Sicht eines Offizinapothekers		PatientInnen nicht im Regen stehen lassen	
Florian Schulze	8	BUKO-Pharmakampagne	24
Stellungnahme zum Rechtssetzungsvorschlag zur Information von Patienten		Wüstenapotheke in Gefahr	
Thomas Schulz	11	BUKO Kampagne gegen Biopiraterie	26
Zu den Apotheken-Plänen der Grünen		Aktion „Stoppt die e-Card“	
Jürgen Große	12	IPPNW	27

Grußwort des Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,

als ich Ende Februar bei einem Zwischenstopp auf dem Leipziger Bahnhof aus dem Zug stieg, traute ich meinen Augen nicht. Eine von fast jedem Punkt des Hauptbahnhofs erkennbare überdimensionierte Werbekulisse auf dem Bahnsteig sprang mir förmlich in die Augen. In den beige-grünen Verpackungsfarbtönen stand neben einer Frau und einem Mann geschrieben: „Ein

VDPP hat die Initiative in seiner Stellungnahme gegenüber der EU-Kommission grundsätzlich abgelehnt. Macht darauf aufmerksam und verbreitet sie. Nicht unerwähnt möchte ich hier die BUKO-Pharmakampagne lassen, die dazu umfangreich im Pharmabrief 1/2008 berichtet hat und weiter zu der Thematik arbeitet. Der VDPP unterstützt die Stellungnahme, die die

ob sie diese Zeitschrift nicht für einige interessierte Kunden vorhalten wollen.

Das Grußwort möchte ich außerdem dazu nutzen, um auf einen wichtigen anstehenden Termin hinzuweisen. In der Zeit vom 19. bis 30. Mai 2008 ist Deutschland Gastgeber der 9. UN-Vertragsstaatenkonferenz. Mitglieder aus aller Welt werden in Bonn über die Ergebnisse der bisherigen Bemühungen zum Schutz der biologischen Vielfalt und der künftigen Vorgehensweise beraten. Das Biodiversitätsabkommen wurde auf dem Weltgipfel für Umwelt und Entwicklung 1992 in Rio de Janeiro beschlossen. Das klingt im ersten Moment rühmlich, aber letztendlich geht es um die Ressource „Natur“, deren Verteilung erhebliche Interessenkonflikte in sich birgt. Die Ausbeutung der natürlichen Ressourcen hat mit der Entwicklung der Bio- und Gentechnologie eine neue Dimension erreicht. Der Aneignung von materiellen Gütern folgt nun die Privatisierung der genetischen Vielfalt der Natur durch die Agrar- und Pharmaindustrie und auf Kosten der indigenen Völker. Weitere Infos gibt es auf der Homepage der BUKO-Kampagne gegen Biopiraterie: <http://www.biopiraterie.de/index.php?id=348>.

Jana Böhme
für den Vorstand



Erektionsstörungen?
**Ein kleiner Schritt zum Arzt,
ein großer Schritt
für unser Liebesleben.**
www.helden-der-liebe.com

Bei Erektionsstörungen fragen Sie Ihren Arzt. Er kann Ihnen helfen!

Lilly

kleiner Schritt zum Arzt, ein großer Schritt für unser Liebesleben.“ Ganz unten war noch neben „... fragen Sie ihren Arzt ...“ „Lilly“ zu lesen. In der Hitze des Gefechts schoss mir die Frage „Ist das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel gefallen?“ in den Kopf. Im zweiten Moment begann ich zu begreifen, dass diese riesengroße Werbung eines von den vielen Schlupflöchern ist ... Ich suchte vergebens den Namen „Cialis®“ auf dem Plakat, fand ihn aber nicht. Trotzdem unfassbar!

Eins ist sicher: Wenn die Initiative der EU-Kommission zur direkten Patienteninformation durch die Industrie über Krankheiten und deren Behandlungen angenommen wird, dann werden wir mehr davon zu spüren bekommen. Das Schlimmste dabei ist, dass die unabhängige Patienteninformation und damit auch unmittelbar die Sicherheit wieder einmal auf der Strecke bleibt. Der

BUKO-Pharmakampagne federführend verfasst hat. Am 7. Mai 2008 wird in der Berliner Ärztekammer eine interessante Veranstaltung zur Rolle der Pharmaindustrie stattfinden, an der auch Vertreter der BUKO-Pharmakampagne und von MEZIS („Mein Essen zahle ich selbst.“) mitwirken werden.

Als Beispiel für eine vorbildliche Verbraucher-/PatientInneninformation liegt diesem Rundbrief ein Exemplar der Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ bei. „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ wird von den vier Zeitschriften „Der Arzneimittelbrief“, „arznei-telegramm“, „Pharma-Brief“ und „Arzneiverordnung in der Praxis“ gemeinsam herausgegeben und ist herstellerunabhängig. Wir möchten Euch bitten, die Zeitschrift kritisch zu lesen und ggf. durch ein Abo zu unterstützen. Die ApothekenleiterInnen unter Euch bitten wir, darüber nachzudenken,



Kann der ökonomische Wettbewerb die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern?

Ein Thesenpapier

von Ingeborg Simon

Anlass für diese Fragestellung ist das seit April 2007 geltende GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das mit seiner deutlichen Orientierung auf mehr Wettbewerb innerhalb der GKV den Beginn einer neuen Ära einleiten soll (O-Ton Ulla Schmidt).

Zentrales Kriterium für die qualitative Bewertung jedes Gesundheitsreformkonzeptes muss die Qualität der Patientenversorgung sein. Dabei sind zwei Dimensionen zu beachten: die individuelle und die soziale Dimension der Versorgungsqualität.

Was erwartet der Patient von den Institutionen der Gesundheitsversorgung und deren hier Tätigen? Er hofft auf eine dem Stand der Wissenschaften entsprechende Diagnostik und Therapie. Er erwartet eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung und wünscht sich, dass alle ihn Behandelnden ausschließlich in seinem Interesse entscheiden, ihn mit Respekt behandeln und ausreichend Zeit zur Kommunikation haben.

Letzteres ist von ganz besonderer Bedeutung in Hinblick auf sozial und gesellschaftlich benachteiligte Menschen(gruppen). Hier sind besonders alte Menschen, chronisch Kranke, behinderte Menschen, psychisch Kranke und sozial ausgegrenzte „Randgruppen“ zu beachten, deren Krankheitsrisiko oft deutlich höher ist.

Wenn die GKV auch zukünftig als Solidargemeinschaft Bestand haben soll (O-Ton U. Schmidt) und das Solidaritätsprinzip insbesondere gegenüber den o. g. Gruppen Wirkung zeigen soll, dann muss sich das Solidaritätsprinzip auch konkret als soziale Qualität der Gesundheitsversorgung im GKV-WSG widerspiegeln.

Die anstehende Frage lautet also, welche möglichen Auswirkungen das GKV-WSG mit seiner vorrangigen neuen Ausprägung zugunsten von mehr Wettbewerb auf die individuelle und soziale Versorgungsqualität der Versicherten haben wird.

1. Aus dem Wettbewerb resultierende ökonomische Anreize führen bei Kosten- und Leistungsträgern unausweichlich zu einer Vielfalt von Ausweichreaktionen, die umgangssprachlich als „**Rosinenpickerei**“ beschrieben werden. Der Wettbewerb lenkt die Ressourcen vorrangig auf jene Versicherte, die über die größte Zahlungsfähigkeit verfügen. Das Werben um „gute Risiken“ wird gefördert und gleichzeitig wird alles unternommen, um die „schlechten Risiken“ aus der Kasse oder dem Krankenhaus oder der Arztpraxis herauszugraulen oder nicht zu behandeln (Risikoselektion). Das (ver)führt dazu, dass die ohnehin knappen Ressourcen nicht im notwendigen Umfang dort ankommen, wo der größte Bedarf besteht – nämlich bei den sozial und finanziell benachteiligten Gruppen, die auch das höchste Krankheitsrisiko tragen. Der bestehende Risikostrukturausgleich (RSA), der hier eine sozial gerechte Umverteilung der Beiträge bewirken soll, berücksichtigt das erhöhte Morbiditätsrisiko nicht und die neu formulierten Voraussetzungen für den novellierten RSA ab Januar 2009 schaffen diesen Ausgleich nachweislich auch nicht.

2. Wettbewerbsregeln zwingen alle Beteiligten – Kosten- sowie Leistungsträger – **zu unternehmerischem Denken und Handeln**. Damit wird marktgerechtes Agieren wichtiger als bedarfsgerechtes Handeln. Die Ziele zur Sicherung des ökonomischen Nutzens und der

qualitätsgerechten Krankenversorgung sind verschieden und folgen unterschiedlichen Handlungslogiken, die nur in Ausnahmefällen in Übereinstimmung gebracht werden können. Mit dem Zwang zum marktgerechten Handeln verbunden ist eine Entwertung und Relativierung fachlicher gesundheitspezifischer Qualifikationen in den Bereichen der Medizin, der Pharmakologie, der Pflege. Immer häufiger ist es der Betriebswirt, der die Definitions- und Entscheidungsmacht über die Versorgungsqualität erhält.

3. Der Wettbewerb erhöht den ökonomischen Druck auf alle Angehörigen im Gesundheitswesen. Das führt zu ständigen Konflikten zwischen „**Ethik und Monetik**“, die immer häufiger zulasten der Patienten entschieden werden. Ökonomische Merkmale wie Fallpauschalen, Budgets, DRGs, Fallzahlen, Mindestmengen sind die entscheidungsrelevanten Vorgaben, die durch Strategien in den Bereichen Management, Marketing und Controlling zu handlungsbestimmenden Zielgrößen gemacht werden. Würde tatsächlich der medizinisch-therapeutisch erforderliche Bedarf gem. §§ 12 und 70 SGB V das Behandlungsprofil vorgeben und beachtet werden, dann wären vom Wettbewerb ausgehende ökonomische Anreize völlig überflüssig. Jeder Versicherte hat denselben Anspruch, auf der Basis von Behandlungsstandards/-richtlinien versorgt zu werden.

4. Die Mainstreamgesundheitsökonomien verbreiten das **Dogma, Qualität und Wettbewerb seien zwei Seiten einer Medaille** in der Gesundheitsversorgung. Die praktische Erfahrung zeigt, dass sich die wettbewerblichen Anreize sehr schnell gegenüber ihrem angeblichen Zweck einer Qualitäts- und

Effizienzsteigerung verselbständigen, um insbesondere die Zufriedenheit der zahlungskräftigen Versicherten zu erhöhen, die die höchste Rentabilität versprechen. Im Wettbewerb wird der Qualitätsbegriff reduziert auf preisspezifische Produktinhalte (DRGs, Leistungspauschalen). Gerechtfertigt werden können Wettbewerbsformen nur als Suchprozesse für bessere Versorgungsstrukturen und -inhalte wie es ja im Rahmen von Einzelverträgen und Modellversuchen auch praktiziert wird. Stellt sich bei der Evaluation dann heraus, dass Qualitätsverbesserungen in der Versorgung erreichbar sind, dann müssen diese Fortschritte jedem Versicherten der GKV als Anspruchsberechtigten gleichermaßen zur Verfügung gestellt werden. Das gilt z. B. für erfolgreiche DMP-Programme, die es ja bei der Behandlung von Diabetikern inzwischen geben soll.

5. Wettbewerb entsolidarisiert die GKV-Versichertengemeinschaft. Der von der herrschenden Politik erfundene Begriff von einer solidarischen Wettbewerbsordnung nährt eine Illusion und suggeriert Vereinbarkeit von Wettbewerb und Solidarität. Der EU-Gerichtshof beobachtet aufmerksam die neue Gesetzgebung, nachdem auch hier die Vermutung aufgekommen ist, dass die Verwettbewerblichung der noch solidarisch

verfassten GKV – Besserverdienende für Arme, Gesunde für Kranke, Junge für Alte – dazu führen kann, dass die Umverteilung der Beiträge zugunsten derer, die sie am dringendsten brauchen, aufgegeben werden könnte. Damit droht der GKV auf EU-Ebene eine Aberkennung ihrer jetzigen Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und die damit verbundene Unterwerfung der gesetzlichen Krankenkassen unter das normale Wettbewerbsrecht. Das hat eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung im Auftrag des DGB bestätigt. Die mögliche Privatisierung der GKV würde aber bedeuten, dass die finanziell schwachen Kassenmitglieder, die den größten Anteil des Beitragsaufkommens benötigen, keine ausreichende Gesundheitsversorgung mehr hätten und sich auch keine zusätzlichen Vergünstigungen i. R. von Wettbewerbsangeboten „einkaufen“ könnten. Das wäre das Ende der GKV als wesentlicher Bestandteil des bundesdeutschen Sozialstaates, dessen Existenz damit auch in Frage gestellt würde.

Fazit: Eine marktwirtschaftlich ausgerichtete Gesundheitsversorgung kann betriebswirtschaftlich effizient sein und volkswirtschaftlich sehr ineffizient. Ganz sicher ist sie sozial ineffektiv und das sollte für den VDPP ausschlaggebend sein.

Die wirtschaftliche und qualitative Sanierung der GKV ist kein neues Thema. Die von gesellschaftlichen Mehrheiten und einer Parteienmehrheit der im Bundestag vertretenen Parteien geforderte Einführung einer Bürgerversicherung und die Realisierung der seit Jahren auf dem Tisch liegenden Forderungen nach Struktur- und Qualitätsverbesserungen von Seiten der Parteien, der Gewerkschaften, der Kirchen und Wohlfahrtsverbände sowie der sozialen Bewegungen könnten eine nachhaltige Verbesserung und Stärkung der solidarischen GKV in finanzieller und struktureller Hinsicht bewirken – gäbe es eine Regierungsmehrheit, die diese Forderungen im Interesse des Erhalts und Ausbaus des Sozialstaates als Garanten und Gewährsträger der Daseinsvorsorge ernsthaft wollte.



Aufgeräumt – und mehr

von Katja Lorenz

Im Laufe des letzten Jahres haben wir unsere Homepage gründlich aufgeräumt, dabei gestrafft und „aufgehübscht“. Eine neue Idee war, unter der Rubrik „Das Thema“ umfassend über ein Schwerpunktthema zu informieren. Dazu gibt es jeweils eine Zusammenstellung aktueller Stellungnahmen und Artikel, eine Literatur- und Linkauswahl und Hinweise zu Veranstaltungen. Die Seite wird regelmäßig erweitert und ergänzt.

Unser Thema 2007 war „Soziale Ungleichheiten – Gesundheitliche Ungleichheiten“. Das neue Thema

2008 ist „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ (wobei das „alte“ Thema weitergeführt wird).

Vorbereitung und Durchführung des Herbstseminars 2007 zu diesem Thema haben natürlich nicht genügt, um sich innerhalb des VDPP auf eine Vereinsposition zu einigen. Insbesondere die Berliner Regionalgruppe hat sich deshalb der Nachbereitung angenommen. Alle Arbeitspapiere, Thesen usw. findet ihr in einem passwortgeschützten Bereich innerhalb der Rubrik „Das Thema“. Mit dem Benutzernamen

„2008“ und dem Passwort „hamburg“ können diese Beiträge eingesehen werden.

Nicht nur im Hinblick auf die laufende Überarbeitung des Vereinsprogramms (siehe auch RB 68) bitten wir euch auch hier um eure Zuarbeit. Egal ob als Fax, E-Mail oder „normaler“ Brief, ob ausführlich oder in Stichworten. Schickt bitte auch Hinweise auf Veranstaltungen, Ergänzungen zur Literaturliste u. ä. Und bitte immer über die Geschäftsstelle.

Neugierigmachen auf die MV

von Katja Lorenz

Der Termin, 20.-22. Juni 2008, ist hoffentlich längst im Kalender „geblockt“. Wir treffen uns in Dresden. Da die Einladungen euch erst Anfang Mai erreichen werden, hier schon einmal einige Informationen zum Programm.

Mit dem gesundheitspolitischen Vortrag wenden wir uns in diesem Jahr dem Apothekenwesen zu. Hier stehen große Veränderungen an bzw. sind bereits im Gange.

Der Referentenentwurf zur Neufassung der Apothekenbetriebsverordnung wird seit Herbst 2007 immer wieder angekündigt. Im ganzen letzten Jahr gab es zahlreiche Gespräche im Ministerium, u. a. zu Sinn und Notwendigkeit der Ausstattung, zur Möglichkeit der Qualitätssicherung und zu Festlegungen zur Informations- und Beratungspflicht. Inzwischen scheint es so, dass vor der Veröffentlichung des Entwurfs wohl erst die gerichtlichen Entscheidungen zum Fremd- und Mehrbesitzverbot abgewartet werden sollen.

Neue Kooperationen und Interessensvereinigungen entstehen, wachsen und schrumpfen wieder.

Welche Ideen gibt es für die öffentlichen Apotheken – jenseits vom Bahnhofkiosk und Visavia-Automaten – noch? Udo Puteanus wird unter dem Thema: „Apotheken und Public Health – Was leisten Apotheken für die Öffentliche Gesundheit? Was wissen die Gesundheitswissenschaften über die Apotheken? Wie passen Apotheken und Public Health zusammen?“ seine Sicht auf die Dinge vortragen.

In Dresden ein Kulturprogramm für den Sonnabendabend zu organisieren, sollte leichtfallen. Wir haben



uns für eine sozialmedizinische Führung durch das Hygienemuseum entschieden. Das Deutsche Hygiene-Museum ist meines Erachtens wirklich einzigartig in seiner Art der Darstellung und Vermittlung. Bereits in meiner Schulzeit (also zu DDR-Zeiten) war es ein sowohl bei Lehrern als auch bei Schülern beliebtes Ziel von Wandertagen. Hier gab es u. a. die „Gläserne Frau“ zu bestaunen. Heute macht das Museum immer wieder auch mit anregenden Sonderausstellungen auf sich aufmerksam. So im letzten Jahr mit den Ausstellungen „Tödliche Medizin – Rassenwahn im Nationalsozialismus“ oder „Schlaf und Traum“. Bis Ende März wurde in Kooperation mit dem Kunstmuseum Bern die Annäherung an unseren Umgang mit dem Tod versucht. Titel „Six feet under“!

Die nächste Sonderausstellung wird „Glück – welches Glück“ heißen und auch während der MV noch laufen. Es wird um das Streben nach Glück als Grundkonstante des Menschseins und um die kulturellen, ökonomischen, religiösen Begriffsprägungen gehen. In sieben Räumen werden sieben Fassetten des Glücks dargestellt werden – nicht gedacht als ein weiterer Glücksratgeber, sondern als fantasievoller Erlebnisparcours, der einladet, mit dem eigenen Glücksbegriff zu jonglieren.

Neugierig? Wer sich schon einmal eingucken, -lesen will: www.dhmd.de.

Die Wahl fiel aber nicht nur wegen der vielfältigen kulturellen Möglichkeiten und der guten Zuganbindung auf Dresden. Wir wollten auch in den „Osten“. Es genügt doch schließlich, dass der Deutsche Apothekertag nur noch im Westen tourt. Und das einzig und allein aus wirtschaftlichen Erwägungen für die Expopharm. Sollte es sich beim Apothekertag nicht eigentlich um eine standes- und gesundheitspolitische Veranstaltung handeln? An den tollen, modernen, komfortablen Messegeländen kann es nicht liegen! Wer die abgeratzte Messe Düsseldorf kennt, weiß, was ich meine ...



Thesen:

Wettbewerb aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung

von Ulrike Faber

Grundvoraussetzungen:

- **Stärkung des Solidarprinzips:** reich für arm; gesund für krank; jung für alt. (20 % der Versicherten brauchen 80 % der Ausgaben, d. h. 80 % der Versichertenelder)
- **Wirtschaftlicher Umgang mit Versichertengeldern und humane Versorgung** (§ 12 SGB V: *Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. SGB V § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit*).

1. Durch die negative Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt (sinkende Lohnquote, Arbeitslosigkeit, Frühverrentung, „Verschiebebahnhöfe“ im Sozialsystem ...) haben die Kassen vor allem ein Einnahmeproblem.

2. Ein Ausgleich der sinkenden Einnahmen durch Beitragserhöhungen ist eine Gratwanderung, weil damit Sonderkündigungsrechte verbunden sind, welche einen zusätzlichen Mitgliederverlust zur Folge haben.

3. Zum Wechsel hin zu Kassen mit niedrigeren Beiträgen oder zu Privatversicherungen entschließen sich vor allem besser Verdienende und Gesunde („gute Risiken“); die Kranken und Alten („schlechte Risiken“) aber verbleiben in ihrer Kasse.

4. Durch die Wechsler gehen noch mehr gute Einnahmen verloren, während die Arbeit und die

Ausgaben für die verbliebenen Mitglieder nicht sinken Die Folge sind Verschlechterung der Morbiditätsstruktur und relativer Anstieg der Verwaltungskosten (Ausgaben pro Versicherten).

5. Seit Einführung der freien Kassenwahl (ab 1996 nach GSG 1992, Lahnstein) beschreibt der Begriff „Große Versorgerkassen“ (z. B. AOK, DAK, BARMER) diese Entwicklung der Risikoentmischung.

6. Die morbiditätsgebundenen Ausgaben werden durch den Risikostrukturausgleich (Alter, Geschlecht, Einkommen, Disease Management, Risikopool) nicht ausreichend gedeckt, weil z. B. die soziale Lage der Versicherten und die damit verbundene Morbidität nicht berücksichtigt wird.

7. Der für 2009 geplante Gesundheitsfonds mit einheitlichen Beitragssätzen und der Möglichkeit/Notwendigkeit von kassenindividuellen Zusatzprämien verschärft die beschriebenen Probleme.

8. Ökonomisch erzwungene Reaktionen der Kassen sind:

- Beim Personal: Einstellungsstopp, Arbeitszeiterhöhung, Druck auf Einkommensentwicklung, Arbeitsverdichtung.
- Beim Angebot: Schließung von Geschäftsstellen, Abbau von Service
- Bei den Leistungsausgaben: straffes Kostenmanagement, hoher Kostendruck, verminderte Leistungsgewährung (häusliche Krankenpflege, Kuren, Fahrtkosten, Liegezeiten in Krankenhäusern ...).
- In der Politik: Akzeptanz von mehr Wettbewerbselementen
- Bei den Versicherten: Kampf um „gute Risiken“.

9. Kampf um gute Risiken heißt: Welche Leistung zieht gute Risiken an und sollte daher angeboten werden? (z. B. Beitragsrückgewähr, PKV-Elemente, Prämienmodelle, Präventionsprogramme, großzügige Kostenerstattung). Welche Leistung könnte schlechte Risiken anziehen und sollte daher besser nicht angeboten werden? (z. B. Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker außerhalb DMP, etwa Rheuma, Schmerz, MS; Teilnahme an Behindertenveranstaltungen, Angebote in sozial benachteiligten Bezirken, d. h. Gesundheitsförderung am Ort des größten Bedarfs) Bei den Entscheidungsfindungen: Druck aus Marketing-Abteilungen ersetzt fachlich qualifizierte gesundheitspolitische Bewertungen – also ganz anders, als Befürworter des Wettbewerbs reklamieren!

10. Kassenindividuelle Verträge in den verschiedenen Leistungsbereichen schaffen eine dramatische Intransparenz und machen die Kassen für Marktmacht im Gesundheitswesen erpressbar.

11. Beispiele aus dem Arzneimittelbereich:

- voreilige Übernahme der HPV-Impfung ohne Forderungen an die Hersteller (Druck auf die Preise, Sicherstellung nachfolgender Evaluation). Impfungen außerhalb der Stiko-Empfehlungen werden propagiert und Kostenerstattungen von Versicherten auch gefordert; sie führen zu Ausgabenverschwendung mit fragwürdigem medizinischen Nutzen.
- Sortis: Verträge einzelner Kassen mit Pfizer erhöhen Anspruchsdruck der Versicherten auf andere Kassen; Bewertungen des IQWiG werden relativiert.
- Über den Hebel der direkten Pa-

tientenbeeinflussung werden Kassenleistungen gefordert (z. B. Herceptin adjuvant, off-label-Therapien)

- Rabattverträge für Originalpräparate unterstützen Hochpreispolitik der Hersteller und untergraben das Festbetragssystem.
- Verträge mit Herstellern werden unter dem Gesichtspunkt geprüft, welche Versichertenklientel dadurch angesprochen werden kann (s. o.).

Fazit:

- Viele Kassen halten am Solidarsystem fest und sind bemüht, ihren Versicherten eine hohe Versorgungsqualität anzubieten. Im Kassenwettbewerb jedoch

werden Sachzwänge geschaffen, denen sich die Kassen nicht entziehen können. So erleben wir die Ergebnisse von neoliberaler Politik, die die sozialen Systeme zunehmend den Mechanismen der kapitalistischen Marktkonkurrenz unterwirft. Unter den gegebenen sozialpolitischen Bedingungen bedeutet Kassenwettbewerb den Kampf um Marktanteile. Mit einer denkbaren produktiven Form von Wettbewerb hat dies nichts zu tun.

- Gemessen an den eingangs formulierten Grundvoraussetzungen fördert der Wettbewerb weder das Solidarprinzip noch die Wirtschaftlichkeit und auch nicht die Qualität der Versorgung.

- Die zunehmende Intransparenz des Leistungsangebots erschwert die gleichberechtigte Teilhabe an Leistungen und ist daher zusätzlich undemokratisch.



Spendenaufruf – das Ergebnis

von Katja Lorenz

Im Rundbrief 68 hatte der Vorstand um Spenden gebeten, um Ingeborg Simon in der Zahlung der Gerichtskosten für ihre verlorene Klage gegen die Apothekerkammer Berlin zu unterstützen.

Zur Erinnerung: im Dezember 2006 hatte das Oberverwaltungsgericht Berlin das Urteil der ersten Instanz, des Verwaltungsgerichtes Berlin, dahingehend geändert, dass die

Apothekerkammer Berlin Mitglied der ABDA bleiben konnte. Ingeborg wollte mit der Klage vor allem auf die Demokratiedefizite in unserer Ständevertretung aufmerksam machen. (Das Verwaltungsgericht hatte ihr recht gegeben. Dessen Richter sahen die binnendemokratisch geforderten Beteiligungs- und Mitwirkungschancen der einzelnen Pflichtmitglieder der Apothekerkammer durch die mit der ABDA

eingegangene Kooperation nicht gewährleistet.) Wir hatten mehrfach davon berichtet.

Es ist mehr Geld, als benötigt zusammengekommen. Wie damals vereinbart, haben wir den Überschuss von 358 Euro auf das Konto der „Apotheker ohne Grenzen“ weitergeleitet.

Der Vorstand und Ingeborg danken für eure Unterstützung.

Wettbewerb im Gesundheitswesen aus Sicht eines Offizin-Apothekers

von Florian Schulze

Nachdem ich schnell und gerne die Aufgabe übernommen hatte, diesen Diskussionsbeitrag zu schreiben, habe ich doch sehr lange darüber nachgedacht, wie ich die Sache angehe. Zu viele Fürs und Widers sind bekannt und jede Seite, wenn man von einer Frontenbildung überhaupt sprechen kann, kann gute Argumente anbringen. Ich möchte

diesen Diskussionsbeitrag auch deshalb schreiben, um mir selbst einen Überblick zu verschaffen und möchte ihn ausdrücklich als Teil eines – auch eigenen – Meinungsbildungsprozesses verstanden wissen.

Eine gute Herangehensweise erscheint mir der Blick in die Vergangenheit. Haben die vielen Re-

gelungen, die die Apotheken vor dem freien Markt schützen sollten (Mehr- und Fremdbesitzverbot, Preisbindung aller apothekenpflichtigen Arzneimittel inkl. lukrativer gesetzlich festgeschriebener Aufschläge, restriktives Heilmittelwerbe-gesetz etc.), ihren offiziellen Zweck, den Apotheker dank finanzieller Unabhängigkeit zum Wohle des Patienten beraten

zu lassen, erfüllt? Ich denke, man muss diese Frage realistisch mit „Nein“ beantworten.

Auch wenn natürlich viele Apotheker ihre Verpflichtungen dem Patienten gegenüber sehr ernst genommen haben und nehmen (nicht umsonst gibt es Vereinigungen wie den VDPP), kann man doch nicht davon sprechen, dass die Privilegien der Apotheker zu einer durchgehend fachlich kompetenten Beratung geführt hätten. Im Gegenteil – die fachliche Qualität vieler Apotheken ist lausig.

Evidenz ist in der Selbstmedikationsberatung vielfach ein Fremdwort (es ist sicher spaßig, einmal in zehn Apotheken nach dem Evidenzgrad von Ambroxol zu fragen), Ringversuche offenbaren bei der Rezeptur- / Defekturherstellung eine Fehlerquote von 80 %, bei 19 % Prozent waren die Fehler so schwerwiegend, dass das angestrebte Qualitätszertifikat nicht ausgestellt werden konnte. Nach meiner Erfahrung findet eine galenische und pharmakologische Plausibilitätskontrolle der ärztlichen Verordnung selten statt bzw. eine Intervention beim Arzt erfolgt nicht (die Gründe dafür sind bekannt, aus Patientensicht allerdings nicht entscheidend). Bei Kontrollen der Berliner Apothekerkammer wurde in über 20 % der Apotheken nichtpharmazeutisches Personal im HV angetroffen. Aufschlussreich sind auch die gut besuchten „Fortbildungen“ unserer „Apothekenpartner“ (sprich Pharmakonzerne), deren bereicherndster Teil meistens die Verköstigung ist. Und nicht zuletzt zeugt die fehlende Sensibilität für Fragen der Diskretion im HV davon, dass das vielfach von uns eingeforderte Bewusstsein für das Arzneimittel als „Ware besonderer Art“ auch unter Apothekern nicht durchgängig ausgeprägt ist.

Viele Apotheker haben sich auf ihren Privilegien ausgeruht und – ich überspitze bewusst – fanden es vollkommen normal, mehr als gut vom Solidarsystem zu leben, ohne eine wirklich adäquate Leistung dafür eingebracht zu haben. Die Ver-

kaufszahlen waren für einige Standesgenossen doch wichtiger und die Privilegien der Apotheker haben eben nicht durchweg zu der gewünschten Unabhängigkeit geführt. In den Apotheken, in denen ich bis jetzt gearbeitet habe, durfte ich schon die ganze Bandbreite an Inhabern kennen lernen – von echten Heilberuflern bis zu reinen Kaufleuten, denen wirklich jedes Argument recht war, wenn es nur Umsatz brachte.

Die Frage nach der Legitimität und Effizienz des gegenwärtigen Systems muss erlaubt sein und auch von Apothekern ohne Präjudizierung beantwortet werden.

Die Liste der Kritikpunkte ist lang, aber: Sie wird kürzer. Allerorten hört man von Qualitätsoffensiven, von obligatorischen Fortbildungspunkten, von standesrechtlichen Konsequenzen nach entlarvenden Testkäufen der Kammern, von dem Ausbau der Beratung als Kernkompetenz der Vor-Ort-Apotheke und und und ... Immerhin wird die Qualität von Rezepturen seit 2004 überhaupt untersucht, wenn auch nicht obligatorisch. Tatsächlich bescheinigen Testkäufe eine steigende Tendenz bei der Beratungsqualität. Das letzte Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen dazu: *„Apotheken haben in der Zwischenzeit eine Reihe von internen Strategien entwickelt, um die Qualität ihrer unterschiedlichen Tätigkeiten im Rahmen der Distribution, Herstellung, Prüfung und Abgabe von Arzneimitteln zu überprüfen. Dies ist sicherlich eine richtige Entscheidung der Apotheker, um die Qualitätsanforderungen im Rahmen der Arzneimittelversorgung zu definieren und alle Beteiligten zu motivieren, den Wettbewerb um Qualität und Effizienz zur Darstellung ihrer Rolle in der arbeitsteiligen Medizin zu nutzen.“* Natürlich bleiben die Probleme auch hier nicht ungenannt, aber immerhin – als Apotheker hört man so etwas ja nicht so häufig.

Hat also der Wettbewerb mit der drohenden/realen Konkurrenz zu Versandhandel und Arzneimittelab-

gabestellen aus Drogerien oder Kiosken wirklich die Qualität in den Apotheken verbessert?

Ich habe mich dazu durchgerungen, das mit „Ja“ zu beantworten. Der Druck hat die Apothekerschaft in Bewegung versetzt, und das ist gut so.

Der Freibrief für die Liberalisierung des Apothekenwesens lässt sich daraus allerdings nicht ableiten. Der Versandhandel, die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes, die Aufhebung von fixen Arzneimittelpreisen und die Lockerung der Werbebeschränkungen für Arzneimittel sind bestehende oder bevorstehende Veränderungen, zu denen wir Stellung beziehen müssen.

Zuerst zum Versandhandel: Bekanntlich leben Apotheken mit einer Mischkalkulation: Der langjährige Diabetiker mit Insulinrezept ohne Beratungsbedarf finanziert den Kopfschmerzkunden, dem nach ausgiebiger Beratung Paracetamol für 2 Euro verkauft wird; ganz zu schweigen von den Kunden, denen man nach bestem Wissen und Gewissen den jeweils aktuellen Abnehmpillen-Blödsinn ausredet. Eine Aufteilung der Kunden wie in anderen Segmenten – „Großmarkt gleich billig, wenig Beratung“ versus „Fachgeschäft gleich teuer, viel Beratung“ – funktioniert im Arzneimittelmarkt nicht. Ein Fachgeschäft kann den Beratungsaufwand direkt auf die Preise umlegen, was bei der Paracetamol-Packung unmöglich ist. Dazu kommen Rezepturherstellung, Stoffprüfung, Bereitschaftsdienste, Notfalldepot, die ebenso notwendig wie unrentabel sind. Nicht zuletzt spielen Apotheken im Katastrophenfall (siehe Vogelgrippe-Pandemie-Plan) eine wichtige Rolle.

Die wiederholte Aufforderung von Seiten der Politik und der Krankenkassen, gerade Arzneimittel ohne Beratungsbedarf im Internet zu beziehen, während man mit akuten Kopfschmerzen oder dem schnell notwendigen Antibiotikum bzw. der Rezeptur weiter in die Vor-Ort-Apotheke gehen könne, trifft die

Apotheken ins Mark und zeugt von der Kurzsichtigkeit der politisch Agierenden. Da Versandhandelsapotheken von vielen dieser Auflagen verschont geblieben sind, ist ein fairer Wettbewerb nicht möglich.

Ausländische Versandapotheken lehnen die Einlösung von BtM-Rezepten ebenso ab wie die Herstellung von Individualrezepturen, während deutsche Apotheken dem Kontrahierungszwang für ärztliche Verordnungen unterliegen sowie strenge Auflagen für Labor und Rezeptur erfüllen müssen, die außerordentlich kostenintensiv sind. Ein fairer Wettbewerb ist ebenfalls unmöglich, wenn das Herkunftslandprinzip der Bolkestein-Richtlinie auf das Gesundheitswesen übertragen werden sollte. Falls ausländische Unternehmen in Deutschland nach ausländischem Recht Gesundheitsdienstleistungen anbieten, ist eine Vergleichbarkeit im Sinne des Wettbewerbs unmöglich. Einen Vorgesmack liefert der legale Versandhandel u. a. aus den Niederlanden, der Rabatte gewährt, die deutschen Apotheken verboten sind.

Ein weiteres Argument gegen den Versandhandel ist die Arzneimittelsicherheit. Großbritannien, wo der Versandhandel europaweit am längsten praktiziert wird, hat sich zum europäischen Fälschungsmeister aufgeschwungen. Ende August hatte der Internetdienstleister „MarkMonitor“ eine aktuelle Untersuchung zum Thema Online-Arzneimittel vorgelegt. Es wurden weltweit 3160 Online-Apotheken untersucht. 506 dieser Apotheken operierten laut „MarkMonitor“ über britische Server. Damit sei nahezu jede fünfte Online-Apotheke britisch oder habe zumindest „eine starke britische Komponente“. Von den untersuchten britischen Versendern legt jeder zehnte auch bei rezeptpflichtigen Medikamenten keinen gesteigerten Wert auf eine ärztliche Verordnung. Mehr als die Hälfte schützen nicht einmal die Kundendaten. Sie werden unverschlüsselt über das Netz versendet. Der überwiegende Teil der Internetapotheken werde von

Kriminellen betrieben, so das Fazit der Studienautoren. Die deutschen Versandhändler stehen momentan noch so stark unter Beobachtung, dass solche „Nachlässigkeiten“ noch Ausnahmen bilden dürften. Sollte die öffentliche Aufmerksamkeit aber nachlassen, besteht wohl kein Grund zu hoffen, dass sich deutsche Versender anders verhielten als britische.

Um das Problembewusstsein der deutschen Verbraucher zu testen, hat Prof. Schweim, Lehrstuhl „Drug Regulatory Affairs“ der RFW-Universität Bonn, eine angebliche Versandapotheke kreiert. Das deutsche Versandhandelszertifikat wurde gefälscht und sicherheitshalber noch ein weiteres erfunden, das Ganze ansprechend gestaltet und durch Testpersonen begutachtet. Alle (!) Tester hielten die Seite für seriös und konnten sich vorstellen, dort einzukaufen. Internet-Adresseingaben und Telefonnummern wurden umgeleitet, auch eine Umleitung ins Ausland ist kein Problem. Fazit: Ohne umfangreiche Nachforschungen hat ein Laie kaum Möglichkeiten, die Seriosität eines Internetanbieters zu überprüfen.

Ein dritter Kritikpunkt ist die fehlende persönliche Beratung. Die bloße Richtigkeit der Information, die in Testkäufen untersucht wird, ist kein ausreichendes Kriterium für die Beratungsqualität. Wie soll am Telefon beurteilt werden, ob der Ratsuchende einen Sachverhalt verstanden hat oder nicht? Das schlichte Erklären der mechanische Handhabung von Arzneimitteln (Beispiel Insuline, Inhalatoren, Trockensäfte, Heparinoide u. v. a.) und Medizinprodukten/Hilfsmitteln stellt den Telefon-Berater vor ernste Schwierigkeiten und birgt zwangsläufig die Gefahr von Fehlanwendungen. Auch dass der Apotheker die Konsequenzen seines Tuns nur selten mit eigenen Augen sieht, reduziert Verantwortungsbewusstsein auf die Ebene der Justiziabilität, nach der richtig berät, wer den Beipackzettel vorliest. Eine effiziente Beratung ist diejenige, die verstanden wird – für mich ein K.-o.-Kriterium für telefonische, ganz zu schweigen von schriftlicher Beratung.

Diese drei Punkte und nicht zuletzt das unvermeidlich fehlende Problembewusstsein des abgebenden Postboten (z. B. im Testkauf Codein auf der Türschwelle abgelegt) sind für mich die entscheidenden Argumente, den Versandhandel mit Medikamenten und Medizinprodukten abzulehnen.

Schwieriger zu beantworten ist für mich die Frage des Mehr- und Fremdbesitzes. Das Bild der ausschließlich renditefixierten Kapitalgesellschaft ist ebenso wahr und unwahr wie das des vor Berufsethos strotzenden Kleinunternehmers. Das Argument der Liberalisierer, dass die Beratungsqualität in einer Kettenapotheke nicht zwangsläufig schlechter sein muss als in einer inhabergeführten Apotheke, muss ich mir auch im Hinblick auf die oben aufgeführten bestehenden Defizite gefallen lassen. Trotzdem bin ich davon überzeugt, dass die inhabergeführte Apotheke den qualitätsorientierten Wettbewerb mit Ketten- und Versandhandel gewinnt, wenn sie weiter an ihrer Qualität arbeitet und sich den enormen Vertrauensvorschuss verdient, der ihr von der Bevölkerung gegeben wird. Davon unberührt bleibt natürlich die Möglichkeit, dass es auch Versorgungskonzepte geben kann, deren Qualität wieder die der inhabergeführten Apotheke überlegen ist.

Ich denke, die eigentliche Gefahr für die Apotheken *und* für die Qualität der Arzneimittelversorgung besteht in der Liberalisierung der Abgabepreise. Einem Preiswettbewerb muss der Qualitätswettbewerb zwangsläufig zum Opfer fallen. Wenn, wie beinahe beim GKV-WSG geschehen, Höchstpreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel eingeführt werden und die Krankenkassen Rabattverträge mit Apotheken- oder Drogerieketten schließen können, hat die inhabergeführte Apotheke ein praktisch nicht lösbares Problem. Der Preiswettbewerb bei nichtrezeptpflichtigen Arzneimitteln gestaltet sich bis jetzt noch moderat. Sollten aber Ketten die Möglichkeit haben, ihre Einkaufsmacht gegenüber den Herstellern auszuspielen, profitiert der

Verbraucher natürlich von niedrigeren Preisen, aber die Abwärtsspirale in der Beratungsqualität ist dann endgültig in Gang gesetzt. Den Kampf um den niedrigsten Abgabepreis gewinnt nur, wer die niedrigsten Personalkosten hat, und das bedeutet: niedrigere Qualifikation der Angestellten und weniger Zeit für den einzelnen Patienten.

In US-amerikanischen Apothekenketten ist bereits von der Unternehmensleitung eine durchschnittliche Höchstberatungsdauer für den Apotheker vorgeschrieben. Wer zu viel berät, gefährdet seinen Arbeitsplatz. Dass der größte US-amerikanische Arzneimittelversender Medco am 8. April 2008 mehrheitlich die Europa Apotheek in Venlo, den bisherigen Arzneimittel-Vertriebspartner der dm-Märkte, übernommen hat, ausdrücklich um mittelfristig in Deutschland eine Apothekenkette aufzubauen zu können, finde ich vor diesem Hintergrund bedenklich, und es zeigt klar auf, wohin die momentane Entwicklung führt.

Aus meiner Sicht wäre der entgegengesetzte Weg richtig: Wiedereinführung der Preisbindung bei allen apothekenpflichtigen Arzneimitteln, unabhängige Überprüfung der Qualität von Beratung und Herstellung durch Experten (die Zufriedenheit der Patienten ist zwar ein wichtiges, aber kein ausreichendes Kriterium), obligatorisches QMS inkl. Offenlegung der Ergebnisse, Verbot des Versandhandels und alternativer Abgabestellen und Wahrung der freien Apothekenwahl für Patienten. Wenn sich Apothekenketten, ob unter Fremdbesitz oder nicht, unter *diesen* Bedingungen durchsetzen, sind sie einfach besser und haben ihre Berechtigung. Solange der Wettbewerb aber vor allem preisorientiert stattfindet, muss die Beratungsqualität, die 1. entsprechend ausgebildetes Personal, 2. eine ausreichende personelle Besetzung und 3. den Willen zur Beratung im Sinne des Patienten voraussetzt, den Kürzeren ziehen.

Solange Gesundheitsreformen vor allem dazu gedacht sind, Einfluss auf die Lohnnebenkosten zu neh-

men, besteht der Verdacht, dass auch Liberalisierungsvorhaben im Arzneimittelmarkt vor allem den GKVen weitere Rabattmöglichkeiten bei Arzneimitteln verschaffen sollen. So legitim dieses Anliegen an sich ist, so entschieden sollte sich der VDPP dagegen aussprechen, falls es auf Kosten der Arzneimittelsicherheit und der Arzneimittelversorgungsqualität allgemein erreicht werden soll.



Stellungnahme des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) im Rahmen der öffentlichen Konsultation zum

Rechtssetzungsvorschlag zur Information von Patienten

Die EU-Kommission bereitet einen Rechtssetzungsvorschlag zur Information der Patienten über verschreibungspflichtige Arzneimittel vor. Mit dieser Initiative wird erneut versucht, der Pharmazeutischen Industrie eine legale Möglichkeit zu geben, das Laienpublikum über Krankheiten, Therapien und Arzneimittel zu „informieren“ – und damit eine mehr oder weniger direkte Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel zu ermöglichen.

Derzeit ist Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel außerhalb der Fachkreise verboten. So soll es laut Rechtssetzungsvorschlag auch bleiben. Darüber hinaus soll

der pharmazeutischen Industrie jedoch die Möglichkeit eingeräumt werden, über Funk, Fernsehen, Printmedien und Internet die Patienten und Patientinnen direkt zu informieren.

Der VDPP lehnt diese Initiative uneingeschränkt ab. Arzneimittel werden nach einer Nutzen-Risiko-Abschätzung zugelassen. Insbesondere verschreibungspflichtige Arzneimittel haben neben ihrem Nutzen teilweise erhebliche Risiken. Aus diesem Grund ist ihre Verordnung in den EU-Staaten ausschließlich in die ärztliche Verantwortung gegeben worden. Die Ärzte und Ärztinnen sind darüber hinaus zur Aufklärung der Patienten über die

Arzneimitteltherapie verpflichtet. Bei Abgabe der Arzneimittel obliegt dem pharmazeutischen Fachpersonal eine weitere umfassende Informations- und Beratungspflicht gegenüber den Patienten. Außerdem enthalten alle Arzneimittel ausführliche Beipackzettel, deren Inhalt Bestandteil der Zulassung ist. Neben dem direkten Kontakt mit den Heilberuflern, die mit der individuellen Situation des Patienten vertraut sind, sind jedem Patienten eine Vielzahl von zuverlässigen, industrieunabhängigen Informationsquellen (wie z. B. Zeitschriften wie „Gute Pillen, schlechte Pillen“, Veröffentlichungen der Stiftung Warentest, Pharmakologiebücher) zugänglich.

Der VDPP sieht daher nicht nur keine Notwendigkeit für industriefinanzierte Plattformen zur Information der Patienten, sondern die deutliche Gefahr, dass das aus gutem Grund bestehende Werbeverbot aufgeweicht wird. Bereits heute, in Zeiten des absoluten Werbeverbots, findet die Industrie genug Schlupflöcher, dieses zu umgehen. Es gibt viele Möglichkeiten, wie diese „Information“ das Verschreibungsverhalten der Ärzte beeinflusst. Um nur einige zu nennen:

- als „Aufwandsentschädigung für Anwendungsbeobachtungen“ getarnte finanzielle Belohnungen des Arztes pro verschriebenem Arzneimittel
- industriegesponserte Fortbildungen
- die Beeinflussung der Ärzte durch Pharmavertreter
- die Industrieabhängigkeit von Selbsthilfegruppen
- die mehr oder weniger versteckte Werbung mittels industrie-eigener Internetseiten, die Hilfe

bei Lifestyleproblemen bieten, zu denen die Firma die passenden verschreibungspflichtigen Arzneimittel produziert.

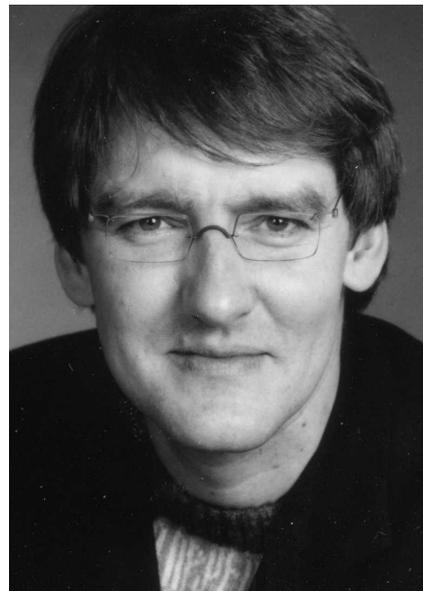
Anzunehmen, dass die pharmazeutischen Unternehmen Geld für eine unabhängige, evidenzbasierte, Nutzen und Risiko-abwägende, verständliche Information von Patienten ausgeben – und nur derartige Informationen werden gebraucht – ist nicht realistisch.

Wir nehmen an, dass die Kommission sehr bewusst die Absatzmärkte der Industrie, d. h. die Wettbewerbsfähigkeit der europäischen pharmazeutischen Industrie, stärken will und dabei die Patientenrechte auf „mehr Information“ eher ein vorgeschobenes Motiv darstellen.

Wenn es wirklich um die aus unserer Sicht benötigten Informationen ginge, müssten industrieunabhängige Institutionen, wie z.B. das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen), gestärkt werden.

In der vorliegenden Form bleibt der VDPP bei seiner Ablehnung des Vorschlages der Generaldirektion Unternehmen und Industrie der Europäischen Kommission.

Dr. Thomas Schulz
VDPP-Vorstand
Hamburg, den 05.04.2008



Zu den Apotheken-Plänen von Bündnis 90/Die Grünen

von Jürgen Große

(Diese Thesen wurden zur Vorbereitung auf das von Reinhard Bütikofer angebotene Gespräch mit Biggi Bender verfasst. Trotz mehrfacher Nachfrage unsererseits fand es bislang nicht statt.)

Grundsätzliches

Aus Sicht des VDPP gibt es in der Arzneimittelversorgung durchaus Verbesserungsmöglichkeiten. Diese sehen wir aber eher in einer Entkommerzialisierung und nicht in einer weiteren Kommerzialisierung und Ökonomisierung. So widersetzen wir uns z. B. einer weiteren De-regulierung im Bereich der Arzneimittelwerbung und treten vielmehr für ein vollständiges Verbot der Publikumswerbung bei Arzneimitteln ein.

Was die Trägerschaft öffentlicher Apotheken betrifft, lehnen wir Veränderungen nicht grundsätzlich ab.

Das Gesundheitswesen ist eine öffentliche Aufgabe, die Arzneimittelversorgung ist ein Teil des Gesundheitswesens, und so können wir uns durchaus Kreise, Städte und Gemeinden oder gemeinnützige Institutionen als Träger von Apotheken vorstellen. Ähnliches gilt für Gesundheitszentren in kommunaler oder gemeinnütziger Trägerschaft, in denen Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe zusammenarbeiten.

Eine weitere Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens hingegen würden niemandem nutzen, außer den potenziellen Kapitalanlegern. Dies zeigen Entwicklungen im Krankenhaus- und Pflegebereich bereits heute.

Parteiliches

Unser Verein versteht sich durchaus als überparteilich, allerdings sind

momentan zwei Drittel der Vorstandsmitglieder auch Mitglied bei Bündnis 90/Die Grünen. Schon deshalb ist uns die Entwicklung dieser Partei nicht völlig gleichgültig.

Dafür dass Bündnisgrüne die FDP bei Widersprüchen in deren Politik vorführen, geht uns nicht jedes Verständnis ab. In ihrer Haltung zur Frage der Besitzverhältnisse bei Apotheken offenbart die FDP ohne Zweifel derartige Widersprüche, tritt sie doch ansonsten in der Regel für marktradikale Lösungen ein. Bei den Apotheken tut sie das u. a. deswegen nicht, weil ApothekerInnen ihr bei Wahlen überproportional häufig zuneigen. Man könnte vielleicht auch noch die Ansicht vertreten, dass es Bündnisgrüne ehre, dass sie wenig Rücksicht darauf nehmen, dass ApothekerInnen bislang auch zu ihnen überproportional häufig neigten.

Wenn sich Bündnisgrüne als die besseren Liberalen profilieren wollen, dann können wir das gut nachvollziehen, soweit es um Bürgerrechte geht. Wenn es aber um Wirtschaftsliberalismus geht, dann sollte dieser vielleicht doch besser anderen Parteien überlassen werden. Das gilt ganz besonders für das Gesundheitswesen, denn Gesundheit ist keine Ware.

Marktentwicklung

Wir glauben nicht, dass eine vollständige Freigabe des Fremd- und Mehrbesitzes von Apotheken kurz- oder mittelfristig zu einer vollständigen Verdrängung der inhaberInnengeführten Apotheken führen würde. Selbst in den USA beträgt der Marktanteil der sog. „independent pharmacies“ bei Verschreibungen noch 42 %.

Der Wettbewerb mit von Kapitalgesellschaften geführten Ketten zwingt aber auch diejenigen einzelnen selbständigen ApothekerInnen zur Anpassung, die sich heute noch mehr als HeilberuflerInnen denn als Kaufleute verstehen. Sie müssten zwangsläufig Werbung und Marketing drastisch intensivieren und eine halbwegs sachliche Beratung zugunsten von Verkaufsförderung vernachlässigen.

Datenschutz

In einer herkömmlichen Apotheke mit vielleicht gerade einmal einem halben Dutzend Angestellten, die Zugriff auf personenbezogene Daten hätten, sind die möglichen Probleme überschaubar und beherrschbar. Eine Apothekenkette wird zur Kundenbindung Kundenkarten mit bundesweiter Gültigkeit einsetzen, die möglichen Datenschutzprobleme potenzieren sich damit. Eine Kette mit einem Marktanteil von 10 % hätte z. B. Zugriff auf die Daten mehrerer Millionen PatientInnen, und es wäre naiv anzunehmen, sie würde diese Daten nicht auch entsprechend nutzen.

Arzneimittelpreise

Trotz Billig-Aspirin in 1000er-Gläsern, trotz verschenkter Antibiotika ist das Land mit der am wenig-

sten regulierten Arzneimittelversorgung, die USA, auch das Land mit den insgesamt höchsten Preisen und höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel.

Kurzfristig kann eine Kapitalgesellschaft einige Arzneimittel zu Preisen knapp über oder auch unter den Einkaufspreisen verkaufen. Sei es, um andere Anbieter vom Markt zu drängen, sei es in der Hoffnung, mit einzelnen Niedrigpreisen Käufer anzulocken, die auch andere höherpreisige Artikel kaufen.

Eine einzelne Apothekerin, die Monat um Monat von ihrem erzielten Rohgewinn leben und alle ihre Kosten bestreiten muss, hat diese Möglichkeiten nur sehr begrenzt.

Eine Apothekenkette wird diese Lockpreise aber nicht aus sozialen Gründen einsetzen, sondern in der Hoffnung, dass sie durch Mehrumsatz, Verdrängung anderer Marktteilnehmer und den Verkauf anderer nicht verbilligter Artikel insgesamt einen höheren Gewinn erzielt. Niedrigere Preise müssen auch intensiv beworben werden, und letztlich sind es die VerbraucherInnen, die auch diese Werbung bezahlen müssen.

Solange Apotheken-Ketten ihre Beratungstätigkeit nicht drastisch einschränken, ist es unwahrscheinlich, dass – von einzelnen Lockangeboten abgesehen – langfristig die Arzneimittelpreise sinken werden. In der Diskussion gelegentlich genannte Zahlen von ein bis zwei einzusparenden Milliarden Euro entbehren jeder Grundlage, vor allem wenn man bedenkt, dass z. B. der addierte Rohgewinn aller deutschen Apotheken im GKV-Bereich nur bei knapp vier Milliarden Euro liegt und dass die prozentualen Spannen seit Jahrzehnten rückläufig sind.

Mögliche Einsparungen

Messbare längerfristige Preissenkungen – von einzelnen Lockangeboten abgesehen – wären nur dann zu erwarten, wenn weniger qualifiziertes Personal eingesetzt würde, was aber auch mit weniger Beratung in den Apotheken verbunden wäre.

Auch wenn der Bundestagsantrag noch nicht ganz so weit ging, hatte in der Debatte dazu die gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen das Verbot der Selbstbedienung bei apothekenpflichtigen Arzneimitteln als „bizarrr“ bezeichnet, der weitere Deregulierungsweg scheint also schon vorgezeichnet.

Uns erscheint dieser Weg außerordentlich bedenklich. Mit auf dem Weg zur Kasse nur noch in den Einkaufswagen plumpsenden Großpackungen apothekenpflichtiger Arzneimittel mag die VerbraucherInnen kurzfristig tatsächlich ein paar Cent sparen, wenn diese durch einen irrationalen Mehrverbrauch nicht schon aufgezehrt werden. Die Folgen dieses Mehrkonsums aber dürften für das Gesundheitswesen insgesamt keinesfalls billiger werden.

„Rosinenpickerei“

Es kann eingewandt werden, dass wer beraten werden wolle, sich ja nach wie vor – eventuell in einer weniger supermarktartigen Apotheke – beraten lassen könne. Nun ist es aber so, dass derzeit in den bestehenden Apotheken eine Querfinanzierung stattfindet. Es gibt PatientInnen mit vergleichsweise geringem Beratungsbedarf und dennoch relativ hohen Ausgaben, und es gibt solche, die nach einem Gespräch von vielleicht 10 oder 15 Minuten gar nichts oder nur ein Arzneimittel für ein, zwei Euro kaufen.

Eine stärkere Ausdifferenzierung der Apothekenlandschaft, bei der große besonders werbe- und marketingaktive aber kaum beratungsaktive Ketten größere Teile des Gesamtumsatzes an sich zögen, würde dazu führen, dass diese Querfinanzierung nicht mehr stattfände. Wer sich dem dann nicht anpasste, verschwände mittelfristig vom Markt, obwohl seine Leistungen aus gesundheitspolitischer Sicht vielleicht die wertvolleren waren.

Die Beratung ist nur ein Beispiel für Querfinanzierung im Apothekenbereich, zu nennen wären auch noch andere weniger rentable Bereiche wie Rezepturen oder Notdienste.

Ökologische Gesichtspunkte

Apotheken, die einfach nur mit der Freundlichkeit ihrer MitarbeiterInnen oder mit besonders qualifizierter Beratung werben, verbrauchen dadurch kaum ökologische Ressourcen. Ein verstärkter Preiswettbewerb hingegen erfordert großformatige Zeitungsanzeigen, Wurfzettel etc., wie wir es in anderen Branchen gewohnt sind. Eine weitere Liberalisierung des Apothekenmarktes wird hier zu einer Vervielfachung des Papierverbrauchs führen, ohne dass dem irgendein gesellschaftlicher Nutzen gegenübersteht.

Weiter darf die Schnäppchenjäger-Mentalität der Deutschen nicht unterschätzt werden, verbunden mit einer irrationalen Unterschätzung der tatsächlichen Kosten des Autoverkehrs, von den externen Kosten ganz zu schweigen. Auch wer eine Apotheke in Fußwegnähe hat, könnte versucht sein, um einen Euro

für Kopfschmerztabletten zu sparen, Benzin für drei Euro zu verfahren.

Sollte eine Liberalisierung des Apothekenmarktes tatsächlich zu einer Apothekenausdünnung führen, so wären zumindest auf dem Lande weitere Fahrstrecken zur nächsten Apotheke zwangsläufig die Folge.

ArbeitnehmerInnenrechte

Ketten müssen diesbezüglich nicht per se schlechter sein als Kleinbetriebe, dennoch sollte nicht unerwähnt bleiben, dass von den zwei hier als besonders problematisch bekannten Handelsketten, Lidl und Schlecker, eine (Schlecker) sich bereits auf den Apothekenmarkt vorbereitet.

Markt- (und Macht-)konzentration

Zumindest ein pharmazeutischer Großhändler (Gehe/Celesio) drängt heute schon auf den Apotheken-

markt und betreibt im Ausland schon Apothekenketten. Dies tut auch ein zweiter (Phoenix), der zudem eng mit Arzneimittelherstellern verflochten ist. Wenn Arzneimittelhersteller, -großhändler und -einzelhändler (Apotheke) eins sind, dann ist eine unabhängige Beratung dort nicht mehr sehr wahrscheinlich.

Bei ca. 20.000 unabhängigen Apotheken gibt es keine wirklichen Geheimnisse. Kostenstruktur und Handelsspannen sind transparent und werden regelmäßig veröffentlicht. Auch Absprachen mit Großhändlern oder Arzneimittelherstellern lassen sich angesichts der Anzahl der Apotheken nicht effektiv geheim halten. Großkonzerne haben da ganz andere Möglichkeiten, erst recht, wenn sie mit Herstellern und Großhändlern verflochten sind. Gewinne lassen sich verschleiern und/oder ins steuerbegünstigte Ausland verschieben, von Markttransparenz wird keine Rede mehr sein können.

Protokoll der Vorstandssitzung vom 16. Dezember 2007 in Hamburg

Anwesend: Bernd Rehberg, Thomas Schulz, Jana Böhme, Jürgen Große (ab 13.40), Thomas Hammer (ab 14.15)

Entschuldigt: Gudrun Meiburg (Geschäftsstelle) und Katja Lorenz (Referentin)

Beginn: 13 Uhr 30, Ende 18.15

TOP 1: Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In

Leitung: Jana Böhme, Protokoll: Thomas Schulz

TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wurde ergänzt und genehmigt.

TOP 3: Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 07.10.2007 in Hamburg

Das Protokoll wird mit Änderungen verabschiedet.

TOP 4: Beschlusskontrolle

Termin mit Biggi Bender muss von Jürgen und Bernd vereinbart werden. Weitere Planung und Vorbereitung unter TOP 9.

Die Vorbereitungen für den Notartermin sind getroffen.

Die Stellungnahme zur OTC-Preisbindung ist nicht erschienen, Thomas erarbeitet eine Vorlage zum 15. Januar 2008, damit der VDPP bei einer entsprechenden Entwicklung schnell reagieren kann.

Der Vorstand genehmigt die Erstattung von maximal 50 Überstunden in der Geschäftsstelle. Die Postkarten und visitenkartengroßen Werbekarten liegen vor.

Der VDPP wird bei der BAK zur Zusammensetzung der AG nachfragen: Wen wird der VDPP vorschlagen? Es soll ein(e) Offizinapotheker (in) gesucht werden. Die Referentin wird in Berlin nachfragen (bis 15.1.08)

Der Rundbrief 68 ist wie geplant erschienen.

Ein Tagungsraum für die MV 2008 in Dresden ist gebucht. Ein Führungstermin im Hygienemuseum ist in Arbeit (Referentin).

TOP 5: Bericht aus der Geschäftsstelle

Der Bericht aus der Geschäftsstelle lag schriftlich vor. Das Herbstseminar hat - nach Berücksichtigung einer Spende - 1127,03 Euro gekostet. Der Vorstand nimmt die Überschreitung des ursprünglich geplanten Volumens von 1000 Euro zur

Kenntnis und stellt fest, dass der große Erfolg des Seminars dies rechtfertigt.

Zur Unterstützung von Ingeborg Simon (Prozesskosten des OVG-Verfahrens, siehe RB 68) sind 1175 Euro eingegangen. Dank der Unterstützung von Seiten der Fraktion Gesundheit ist damit ausreichend Geld gespendet worden, der Überschuss von 333 Euro geht an Apotheker ohne Grenzen.

Eine Bezieherin des RB (Frau Marquardt) wird von der Geschäftsstelle angeschrieben und erhält das Angebot eines Abonnements.

TOP 6: Bericht der Referentin

Der Bericht der Referentin lag schriftlich vor.

Das Herbstseminar wurde vor- und nachbereitet. Die Homepage wurde mehrfach aktualisiert.

Es erschien ein vdpp-aktuell, bis zum Jahresende ist noch ein Newsletter geplant.

Es gab erste Rückmeldungen zur Programmneufassung, die Referentin wird mit Regina Schumann das weitere Vorgehen am 8.1.08 besprechen.

Die Referentin veranlasste den Druck von Postkarten und visitenkartengroßen Werbekarten. In dem Zusammenhang wurde Kritik daran geäußert, dass es kein einheitliches Layout für den VDPP gibt.

Zur Öffentlichkeitsarbeit machte die Referentin noch einige Vorschläge zur Nutzung verschiedener Formen von Veröffentlichungen, wie Presseerklärungen, Stellungnahmen und Leserbriefen. Es wäre sinnvoll, einen VDPP-Pressbogen zu erstellen, hier wäre insbesondere die Einbeziehung des Logos wünschenswert.

TOP 7: Kassenbericht

Wird bei der nächsten VS vorgelegt.

TOP 8: Bericht aus den Regionen

Thomas berichtet hier über die Aktivitäten des Vorstandes: Es wurden Stellungnahmen zur DAMA und zur Arzneimittelsicherheit im Zusammenhang mit Contergan abgegeben, weiterhin erschien ein Leserbrief zur Veranstaltung der Grünen und ein Bericht über das Herbstseminar in der PZ. Es lässt sich feststellen, dass sowohl PZ als auch DAZ derzeit den Veröffentlichungswünschen des VDPP sehr positiv gegenüberstehen.

Thomas vertrat den Verein bei einer Veranstaltung der Grünen zu Entwicklungen im Apothekenrecht. Die Veranstaltung war nicht so ergiebig, sie intensivierte allerdings die Kontakte zu einigen Grünen.



Weiterhin wurden die Kontakte zum IPPNW und VDÄÄ nach dem Herbstseminar gepflegt, Thomas besuchte eine Sitzung des IPPNW in Berlin, dort referierte Professor Müller-Oerlinghausen zu den Praktiken der Pharma-Industrie. Eine Zusammenarbeit soll auf diesem Gebiet auch in Zukunft erfolgen.

Kontakte wurden auch zu MEZIS aufgenommen. Thomas wird sich um den weiteren Kontakt kümmern (Anfrage zu möglichen Kooperationen).

Thomas regt an, dass im Jahr 2008 ein Besuch der VDÄÄ-MV im November seitens des VDPP-

Vorstandes geplant werden sollte. Thomas berichtet auch vom Kongress „Gesundheit und Armut“ in Berlin, an dem die Referentin und er teilnahmen. Ingeborg Simon und Gerd Glaeske wirkten dort in verschiedenen Bereichen mit. Die Veranstaltung ist von Interesse für Pharmazeuten, der Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik war dort hochkarätig besetzt. Auf der Veranstaltung wurde auch mit dem Team von GPSP gesprochen, s. TOP RB.

Es wird vorgeschlagen, zukünftig einen Extra-TOP „Bericht der Vorstände“ in der Tagesordnung vorzusehen.

Jana berichtet von der letzten Regionalgruppensitzung in Berlin, die eine gute Woche nach dem Herbstseminar stattfand. Neben zehn Mitgliedern waren auch noch zwei Gäste erschienen. Es wurde ausführlich über das Herbstseminar gesprochen und beschlossen, dass drei Mitglieder für das nächste Treffen der RG Thesenpapiere vorbereiten, die sich mit der Kernfrage „Kann ökonomischer Wettbewerb die Qualität der Arzneimittelversorgung verbessern?“ beschäftigen sollen. Das nächste RG-Treffen in Berlin wird am 21.1.08 stattfinden

Hamburg trifft sich regelmäßig in kleinem Kreis. Das nächste Treffen mit inhaltlichem Schwerpunkt Thesenpapier für die Besprechung mit B. Bender wird am 23.1.08 stattfinden.

Weitere Informationen aus den Regionen lagen nicht vor.

TOP 9: Aktuelle Gesundheitspolitik

Für das Gespräch mit Biggi Bender bereitet Jürgen bis 15.1.08 ein Thesenpapier vor, Thomas wird ihm Material für die Vorbereitung schicken. Das Papier wird in Hamburg am 23.1.08 diskutiert und dann per Mail im Vorstand zirkulieren ... Als Teilnehmer(innen) sind Bernd, Jür-

gen und Jana vorgesehen, das Zeitfenster für das Gespräch sollte zwischen 11.00 und 19.00 Uhr liegen.

Der Kontakt zu einigen Grünen hat sich auf Bundes- und Landesebene wesentlich verbessert, die Zusammenarbeit ist gut.

Die Änderung der Apothekenbetriebsordnung steht bevor, der VDPP wird sich auf jeden Fall in die Meinungsbildung einbringen.

Es fand eine allgemeine Diskussion zu Fragen der Rabattierung statt.

TOP 10: Auswertung des Herbstseminars

Die Organisation des Seminars lag bei der Referentin in guten Händen. Der Vorstand dankt für die ausgezeichnete Arbeit. Die Beteiligung am Herbstseminar hat die ursprünglichen Erwartungen deutlich übertroffen. Die Veranstaltung wurde als voller Erfolg bewertet. Auch die mediale Aufarbeitung wird als Erfolg angesehen. Es gab eine Reihe von neuen Interessenten und neue Kontakte, z. B. zum IPPNW in Berlin. Die RG Berlin wird das Thema des Herbstseminars fortentwickeln (siehe TOP 8), es besteht Einigkeit, dass dieses Seminar nicht als Endpunkt sondern als Beginn eines Diskussionsprozesses betrachtet wird.

TOP 11: Rundbrief/Homepage/Newsletter Rundbrief:

Der Redaktionsschluss des nächsten RB, ist der 31.12.07. Bis spätestens 6.1.08 können noch Manuskripte eingehen, dann soll der RB in Druck gehen.

Es wird an die noch nicht gezahlten Beiträge für das Jahr 2007 erinnert werden.

Beschluss: Ein Heft der GPSP soll mit dem nächsten RB verschickt werden. Erwähnung und Erläuterung im RB (Editorial). Mit dem Verlag wäre zu klären, wie die Bedingungen für eine Promotionaktion aussehen würden, d. h. Werbung für die Zeitschrift mit der Zeitschrift in der Apotheke, und wie die Bedingungen für einen regulären Verkauf über die Apotheke aussehen würden. Thomas kümmert sich um die Details mit dem Verlag und wird einen kurzen Artikel schreiben.

Es wurde über ein sehr langes Manuskript eines Nichtmitgliedes zum Thema Kuba diskutiert. Vorstand und RB-Redaktion verständigten sich darauf, dass Manuskript nicht im RB zu veröffentlichen, da eine Zusammenfassung des Papiers bereits vor zwei Jahren in der PZ erschienen war und kein aktueller Anlass für eine Veröffentlichung besteht.

Abfrage der weiteren Artikel: Artikel für Herbstseminar soll aufgebohrt werden (Absprache Jana, Christiane und Thomas, dann Jürgen Große informieren. Bericht vom Treffen bei Grüns aufbohren (Thomas). Ggf. Bericht von Armut und Gesundheit Grußwort von Bernd.

Homepage:

Die Referentin hat mit Susanne Jäger die Modalitäten der Websitepflege diskutiert. Die Aktualisierungen gehen schnell und sind daher nicht kostenintensiv. Eine Freischaltung von Vorstandsmitgliedern würde eine Änderung des Vertrages mit sich bringen und einige Extraarbeit verursachen. Es sollen die publizierbaren Vorträge als PDF auf der Website eingestellt werden sowie einige Fotos vom Herbstseminar in nicht zu großer Auflösung.

Newsletter:

Es wird noch ein Newsletter im Jahr 2007 erscheinen.

TOP 12: Programmneufassung

Geringer Rücklauf zum Brief, nächstes Treffen am 8.1.07 von der Koordinationsgruppe. Jana wird den Vorstand vertreten.

Der Vorstand will zum Ende des Jahres die relevanten Gebiete zusammenstellen, zu denen - aus Sicht des Vorstandes - Überarbeitungsbedarf besteht. Jana wird sich darum kümmern.

TOP 13: Jahresplanung 2008

Idee: Zweitagesseminar, mehrere Räumlichkeiten für Gruppenarbeit, Berlin oder Hamburg Herbstseminar auf der MV

Am 1. Mai startet Bernd auf den Jakobsweg. Offiziell ist Bernd am 9. November wieder zurück in Hamburg.

TOP 14: Verschiedenes

MV 2008 - Räumlichkeiten sind reserviert, als Referent ist Udo Puteanus vorgesehen. Das Thema muss noch konkretisiert werden.. Für die Protokollführung wird Uschi Blöcker gefragt. (Hamburger klären das zur nächsten VS.)

Satzung: Änderungen für die MV vorbereiten (z. B. die Repräsentanz der Bundesländer)

Vertrag: Klärung muss zwischen Bernd, Katja und dem Steuerberater in Hamburg erfolgen.

Nächste Vorstandssitzung sollte am 9. Februar (14.00 - 18.00), ersatzweise am 2. Februar 2008 in Berlin stattfinden. Übernächste 19./20. April 2008 in Hamburg.

Protokoll der Vorstandssitzung vom 2. Februar 2008 in Berlin

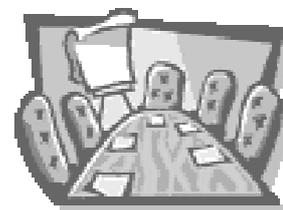
Anwesend: Bernd Rehberg, Thomas Schulz, Jana Böhme, Jürgen Große (Rundbriefredaktion), Gudrun Meiburg (Geschäftsstelle) und Katja Lorenz (Referentin)

Beginn: 14 Uhr, **Ende** gegen 18 Uhr

TOP 1: Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In

Leitung: Jana Böhme

Protokoll: Thomas Schulz, Katja Lorenz



TOP 2: **Genehmigung der Tagesordnung**

Die Tagesordnung wurde genehmigt.

TOP 3: **Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 16.12.2007 in Hamburg**

Das Protokoll wird mit kleineren Änderungen verabschiedet. Es wurde diskutiert, in welcher Form die Protokolle zukünftig veröffentlicht werden sollen. Der Rundbrief wird inzwischen auch an zahlreiche Interessenten verschickt. Deshalb bedarf es eines neuen Umgangs mit Vereinsinterna. Möglich wäre im Rundbrief lediglich einen Bericht von der VS-Sitzung zu veröffentlichen und die Protokolle in einen passwortgeschützten Bereich auf der Homepage einzustellen. Dagegen spricht, dass noch immer nicht alle Mitglieder das Internet nutzen. Die Entscheidung muss von der MV getroffen werden. Die Referentin bereitet einen entsprechenden Antrag vor.

TOP 4: **Beschlusskontrolle**

Termin mit Fr. Bender: RG HH hat ein Papier zur Vorbereitung des Gesprächs erstellt, Vorstand bewertet es als gute Grundlage und dankt, Termin wird von Bernd organisiert, muss wegen Bernds langer Abwesenheit noch vor Mai stattfinden, Notartermin ist erledigt,

Stellungnahme zur OTC-Preisbindung wurde nicht erarbeitet, im Moment fehlt aktueller Aufhänger, der Veröffentlichung erleichtern würde, wird aufgeschoben,

Antrag Apothekertag 2007/ Zusammensetzung der AG: Katja berichtet unter TOP 6

Programmneufassung: Mehrheit des VS hat Änderungsbedarf formuliert, s. TOP 6

MV/Führung durch das Hygienemuseum: Referentin hat Angebot eingeholt, s. TOP 14

Anschreiben Frau Margwardt s. TOP 5

Kontakt MEZIS: s. TOP 7

Rundbrief: Versendung der Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pil-

len“ mit nächstem RB: ist bisher nicht erfolgt, s. TOP 12.

Auswertung des Spendenaufrufs bisher nur im Newsletter, Referentin bereitet Veröffentlichung in RB 70 vor.

Einstellung der Materialien vom Herbstseminar unter www.vdpp.de: ist erledigt

TOP 5: **Bericht aus der Geschäftsstelle**

Eine Bezieherin des RB (Frau Margwardt) wird von der Geschäftsstelle angeschrieben und erhält das Angebot eines Abonnements.

Beilage der CBG zum Rundbrief hat für Diskussion gesorgt. Bei nächster Anfrage muss genauer darauf geachtet werden, dass es eine unkommerzielle Beilage ist.

Ein Austritt: das Mitglied hat sich auch auf Nachfrage zu den Gründen nicht geäußert.

Ein Eintritt in Berlin

Spendenquittungen und Mahnungen für 2007 wurden verschickt.

Termin zur Kassenprüfung ist vereinbart.

TOP 6: **Bericht der Referentin**

Die Homepage wurde mehrfach aktualisiert. Zum Jahresbeginn wurde auf der Grundlage des Herbstseminars ein neues „Das Thema“ installiert. Unter der Überschrift „Wettbewerb“ sind die Materialien des Seminars zu finden. Darüber hinaus werden im passwortgeschützten Bereich auch die Arbeitspapiere der Regionalgruppen eingestellt. Damit sollen die Mitglieder in jeder Phase die Möglichkeit haben sich zu beteiligen.

Das „alte“ Thema wird weiter gepflegt.

Layout des Newsletters wurde klarer strukturiert, u.a. deshalb, weil dieser inzwischen – wie auch der RB – nicht mehr nur an Mitglieder versendet wird.

Zur Programmneufassung gab es ein erstes Treffen mit Regina Schumann und Jana Böhme am 8.1.08.

Das grundlegende Vorgehen wurde besprochen. Inzwischen wurden für einzelne Bereiche die jeweiligen Spezialisten im Verein um ihre Zuarbeit gebeten. Nächster Termin ist der 1.4.08.

Für die Museumsführung während der MV wurde ein Angebot eingeholt, s. TOP 14

Kurzer Bericht vom ersten Treffen der ABDA-AG zur Bearbeitung unseres Antrags zum Apothekertag. Diese soll ein Konzept dazu erstellen. Die Schwierigkeit der Umsetzung besteht u.a. darin, dass drei Anträge zur Bewertung von AM zusammen bearbeitet werden sollen. Zweites Treffen ist für Ende März geplant.

TOP 7: **Berichte der Vorstände**

Thomas berichtet von

- Zusammenarbeit mit Berliner Gruppe der IPPNW. Geht um gemeinsamen Auftritt gegen die in der EU geplante Aufweichung des Werbeverbots für rezeptpflichtige AM.

- Kontakt zu MEZIS e.V., Gegenseitige Mitgliedschaft wäre möglich, muss durch MV entschieden werden

- Ideen zur Verteilung der Freiemplare von GPSP, soll mit erläuterndem Artikel mit nächsten RB verschickt versenden

Jana, s. TOP 13

TOP 8: **Bericht aus den Regionen**

RG Hamburg hat das Papier zur Vorbereitung des Treffens mit Frau Bender erarbeitet. Es wird ebenfalls in den passwortgeschützten Bereich der Homepage eingestellt.

RG Berlin bearbeitet die Ergebnisse des Herbstseminars, um sie für die Konsensfindung innerhalb des Vereins handhabbar zu machen. Das zu erstellende Papier soll außerdem in die Programmneufassung einfließen. Dazu trifft sich die RG wieder monatlich.

Weitere Informationen aus den Regionen lagen nicht vor.

TOP 9: Kassenbericht

Für 2007 ergab sich – wie erwartet – ein Überschuss von 7000 Euro.

TOP 10: Aktuelle Gesundheitspolitik

Besprochene Themen: Treffen mit Frau Bender, Mitgliedschaft bei MEZIS e. V., s. dort

TOP 11: Auswertung des Herbstseminars

s. TOP 8, RG BE, Referenten wurden von Referentin nochmals schriftlich gedankt, erschienene Berichte zum Seminar wurden beigelegt.

TOP 12: Rundbrief / Homepage / Newsletter

Rundbrief

Der Redaktionsschluss für RB 70, ist der 31.03.08.

Folgende Beiträge sind geplant:

RG BE: HPV-Impfung, Frauenseminare im VDPP

Katja: Spendenauswertung, Umgang mit Antrag zu Apothekertag 2007, Hinweis auf neues Thema auf Homepage, evtl. Buchrezension, Stand der Programmbearbeitung, Thomas: Versendung GPSP
Jana: Grußwort

Plan: Rundbrief 71 noch vor der MV

Homepage / Newsletter

s. TOP 6

TOP 13: Programmneufassung

Jana berichtet vom Januartreffen der Koordinationsgruppe (Schumann, Lorenz, Böhme) in Berlin.

TOP 14: Mitgliederversammlung 2008

Sitzungsleitung: Vorschlag Thomas Sch.

Protokoll: wird RG HH organisieren
Nachwahl notwendig, da Bernd für ein halbes Jahr nicht im Land ist.

Notwendige Anträge von Seiten des Vorstandes: Satzungsänderung, Veröffentlichung der Protokolle der Vorstandssitzungen, Erhöhung der Personalkosten in der Geschäftsstelle, Mitgliedschaft bei MEZIS e. V.

Einladungen müssen bis 1.5. bei den Mitgliedern sein, verantwortlich Katja.

Angebot des Museums für die Führung wird angenommen, Katja veranlasst weiteres.

Vortrag: Udo P., Katja fragt nach konkretem Titel.

TOP 15: Verschiedenes

Neuer Vertrag mit Referentin: für den Abschluss wird für April ein Termin mit RA in HH vereinbart, Teilnehmen wird neben Katja Bernd für den Vorstand

Nächste Vorstandssitzung: 20. April 2008, Hamburg, 12 - 17 Uhr

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 19. Mai 2008, um 19.30 Uhr statt. Der Ort liegt noch nicht fest und ist zu erfragen bei Regina Schumann, Tel. 030 7951471, E-Mail: sander.schumann@gmx.de.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr. Bis zum November 2008 finden die Treffen *nicht* bei Bernd Rehberg statt. Nächster Termin: Mittwoch, 14. Mai 2008, bei Uschi Blöcker, Schinkelstraße 6, 22303 Hamburg.

Regionalgruppe Hessen

Die Termine sind jeweils bei Christl Trischler, Tel. 06150 85234, E-Mail chri-tri@web.de oder bei Bernd

Baehr, Tel. 069 454046, zu erfragen, E-Mail: rotlind-apotheke@t-online.de.

VDPP-Vorstand

Die nächste Vorstandssitzung wird am Freitag, dem 20. Juni 2008 um 19.30 Uhr in Dresden stattfinden.

VDPP-Mitgliederversammlung 2008

Die Mitgliederversammlung wird vom 20. bis 22. Juni 2008 in Dresden stattfinden.

Alle Termine ohne Gewähr. Bitte fragt vorher bei der Geschäftsstelle oder bei den regionalen Kontaktleuten nach, da die Termine sich gelegentlich verschieben können.



DOKUMENTATION

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Koch opfert die Gesundheit Hunderttausender im Rhein-Main-Ballungszentrum den Dividenden von FRAPORT

Gesundheitliche Folgen des Flugverkehrs

Die hessische Landesregierung unter Roland Koch erweckt den Eindruck, den berechtigten wirtschaftlichen Interessen der Flughafen-Betreiber stünden die kleinliche Sorge um Ruhestörung oder um sinkende Immobilienpreise gegenüber.

Tatsächlich geht es um konkrete medizinische Folgeschäden.

Die arbeits- und umweltmedizinische Literatur mit einer Fülle von toxikologischen und epidemiologischen Untersuchungen hat die Auswirkungen chronischer Lärmeinwirkung untersucht. Die **chronische Einwirkung einer Geräuschquelle von mehr als 60 db(A)** Dauerschallpegel entsprechend dem Lärmpegel unter der Einflugschneise führt



mus reagiert auf eine Lärmquelle in der oben genannten Stärke und Dauer durch Fluchtreaktion oder Gegenwehr. Da beide Verhaltensmuster nicht realisiert werden können, kommt es zur bewussten oder unbewussten mentalen Unterdrückung, ohne dass allerdings die körperlich fassbaren Reaktionen mit unterdrückt werden könnten. Diese bestehen in einem messbaren und signifikanten Blutdruckanstieg, der sich über Jahre stabilisiert und dann auch ohne Lärmstress nicht mehr reversibel ist. Es kommt zu einer vermehrten Ausschüttung von

Kreislauf-Erkrankungen und in erster Linie zu Herzkranzgefäßverengungen. Neben diesen Effekten sind Veränderungen des Immunsystems festgestellt worden. Es zeigte sich, dass Immunglobulinfraktionen in dem Sinne einer Veränderung erfahren, dass die Immunabwehr herabgesetzt wird und somit die Neigung zu Infekten steigt.

Diese nachteiligen Wirkungen von Lärm gelten in besonderem Maße für die nächtliche Einwirkung. Deshalb ist der Wortbruch der Regierung Koch bezüglich eines uneingeschränkten Nachtflugverbotes von besonderer Bedeutung. Selbst ohne subjektiv erlebte Unterbrechung des Schlafes kommt es nachweislich zu gesundheitsschädlichen Veränderungen des Blutdrucks, des Hormonstoffwechsels und der Schlafphasen. Diese Zusammenhänge wurden erst kürzlich im Rahmen einer groß angelegten Studie des Bremer Epidemiologen Eberhard Greiser (Epi.Consult GmbH, Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung im Auftrag des Umweltbundesamtes 2007) nachgewiesen. Es zeigte sich ein besonders deutlicher Zusammenhang zwischen Lärmbelastungen und Arzneimittelverordnungen gegen hohen Blutdruck und bei Herzkrankheiten, wobei der Zusammenhang für Nachtlärm noch deutlich klarer als für Taglärm war. Dass nächtlicher Lärm nicht nur nervt, sondern auch krank macht, wurde auch in einer aktuellen europäischen Studie mit Experten des Umweltbundesamtes in Dessau nachgewiesen. Bei den rund 5 000 untersuchten Anwohnern der Flughäfen Amsterdam, Athen, Berlin, London, Mailand und Stockholm führte Nachtlärm zu höheren Blutdruckwerten. Schon ein Anstieg des nächtlichen Fluglärms um zehn De-



zwar zu keinen messbaren Auswirkungen auf das Gehör. Im übrigen Organismus sind allerdings zahlreiche Reaktionen und Veränderungen nachweisbar. Sie alle sind unter dem Oberbegriff Lärmstress zu verstehen. Der menschliche Organis-

Stresshormonen wie Nebennierenrinden- und -markhormonen (Cortisol und Adrenalin) sowie zu einer Erhöhung des Cholesterinspiegels im Blutserum. Die Kombination dieser Stressreaktionen führt in einem signifikanten Ausmaß zu Herz-

zibel im unteren Schallpegelbereich erhöht das Risiko für Bluthochdruck bei Frauen und Männern um rund 14 Prozent.

Neben diesen eher körperlichen sind in der wissenschaftlichen Literatur psychosoziale Veränderungen beschrieben worden. So zeigten vergleichende Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Lärmstress ein deutlich abweichendes Verhalten. Kinder unter Lärmstress konnten sich schlechter konzentrieren, waren körperlich unruhiger, aggressiver, sahen ihre Situation weniger positiv.

Neben den Auswirkungen chronischer Lärmexposition sind die der vermehrten **Schadstoffbelastung durch Kerosinverbrennung** mit der Entstehung von Benzolen, Schwermetallen, Stäuben etc. umfassend und bestens untersucht. Eine Zunahme von Krebserkrankungen wird mit Stäuben und Benzol in Zusammenhang gebracht. Vergleichende Untersuchungen von Kindern in Reinluft bzw. hoch belasteten Gebieten in innerstädtischen Ballungsräumen zeigten eine signifikante Zunahme von Lymphknotenschwellungen, einer Vermehrung von Entzündungszellen im Blut, einer vermehrten Schwellung von Rachen- und Gaumenmandeln sowie eine nachweisbar höhere Schwermetallbelastung in den Haaren im Vergleich zu den Kindern in Reinluftgebieten.

Die hier aufgeführten gesundheitlichen Auswirkungen sind für bestimmte Bevölkerungsgruppen besonders bedrohlich. Kleinkinder, Schwangere, chronisch Kranke sowie hoch betagte Menschen haben mit stärkeren Auswirkungen auf ihre Gesundheit zu rechnen als die übrigen Bevölkerungsgruppen.

Die mit der Ausweitung des Luftverkehrs un widersprochen steigende Lärm- und Schadstoffbelastung von Hunderttausenden von Menschen im Rhein-Main-Ballungszentrum durch den Bau einer zusätzlichen Landebahn wird nachteilige Auswirkungen nicht nur auf die Lebensqualität im allgemeinen sondern vor allem auch auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit (Morbidität), die Sterblichkeitswahrscheinlichkeit bzw. die Lebenserwartung (Mortalität) haben. Die Chancen der unter diesen Bedingungen aufwachsenden Kinder und Jugendlichen für eine gesunde geistige und körperliche Entwicklung werden sinken.

Der mit dem Ausbau des Frankfurt Airport verbundene rasante Anstieg von CO₂ ist angesichts der globalen Klimaerwärmung eine Katastrophe. Allen Beteuerungen um die Vorbildrolle der Bundesrepublik bei der Reduzierung der Treibhausgase spricht diese Entscheidung Hohn. Sie ist aus klimapolitischer Sicht verantwortungslos.

Die hessische Landesregierung unter Roland Koch hat sich bei der Abwägung zwischen den gesundheitlichen Interessen der Bevölkerung im Rhein-Maingebiet und den kommerziellen Interessen der Fraport-Betreiber gegen die Bevölkerung entschieden, Profit vor Gesundheit gestellt.

Wir meinen, dass es nicht darum gehen kann, die Lärm- und Schadstoffbelastung weiter zu erhöhen, es muss vielmehr mit der Verminderung begonnen werden. Der Rhein-Main-Flughafen liegt mitten in einem Ballungszentrum. Wenn es allgemeiner gesellschaftlicher Konsens ist, dass Politik und wirtschaftliches Wachstum dem Menschen zu dienen haben und nicht umgekehrt, dann muss gesundheitliche Vorsorge Vorrang vor dem Expansionsdrang eines bestimmten Industrie- und Dienstleistungsbereichs haben.

Aus Gründen vorbeugenden Gesundheitsschutzes unterstützen wir alle Politiker, Bürgerinitiativen und Kommunen, die sich zum Kampf gegen den Bau einer neuen Landebahn und die Aufweichung des Nachtflugverbots entschlossen haben.

Für den vdää
Dr. Winfried Beck
(Mitglied des Vorstandes)
16. Januar 2008

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur Medizin für MigrantInnen ohne Papiere

Medizin für MigrantInnen ohne Papiere

Der vdää fordert die Verantwortlichen auf, als Sofortmaßnahme die Meldepflicht von Kliniken, Sozialämtern und Schulen gegenüber den Ausländerbehörden abzuschaffen.

Ärzte, die Frauen ohne gesetzlichen Aufenthaltsstatus bei einer anonymen Geburt helfen, drohen mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, wenn sie der gesetzlichen Melde-

pflicht nicht nachkommen. Das machte kürzlich die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe anlässlich ihres Symposiums in Berlin deutlich: „Einen gesetzlichen Rahmen für eine anonyme Geburt gibt es derzeit nicht. Wir machen uns schuldig, wenn wir einer Gebärenden nicht Hilfe leisten. Wir werden aber andererseits gegenüber dem Gesetz schuldig, wenn wir den Wunsch nach Anony-

mität einer Niederkommenden achten. Wir Ärztinnen und Ärzte wollen eine sichere Geburt. Für uns ist es keine Lösung, zu sagen ‚ich mach das nicht‘.“

Dieser Zustand ist für Frauen wie HelferInnen und ÄrztInnen unerträglich und ist Anlass genug, auf die problematische medizinische Versorgung von illegal hier lebenden Menschen aufmerksam zu machen.



Ca. 500.000 bis 1 Million Menschen leben ohne Papiere in Deutschland. Sie arbeiten ohne jede soziale Absicherung als billige Pflegekräfte, Putzhilfen, in Restaurants oder auf dem Bau. Es sind Menschen, die als Flüchtlinge gekommen sind und deren Asylantrag abgelehnt wurde, ArbeiterInnen, deren Heimatländer es ihnen verunmöglichen, sich und ihre Familien von ihrer Arbeit zu ernähren, oder alte Menschen, die hier von ihren Angehörigen versorgt werden und StudentInnen oder Au pairs, die nach Ablauf ihres Aufenthaltsvisums bleiben, um hier zu arbeiten, zu heiraten oder aus anderen privaten Gründen.

Wenn diese Menschen krank werden, fehlt ihnen nicht nur die Krankenversicherung, sondern es droht ihnen zusätzlich die Ausweisung. Menschen ohne Papiere haben bei schweren Erkrankungen zwar Anspruch auf medizinische Versorgung und die Kosten muss das Sozialamt tragen, dieses ist jedoch verpflichtet, die Daten der Ausländerbehörde zu übermitteln, d.h. die MigrantInnen müssen mit Abschiebung rechnen. So heißt es im verschärften Ausländergesetz der Bundesrepublik Deutschland von 1991

(§ 87.2): „Öffentliche Stellen haben unverzüglich die zuständigen Ausländerbehörden zu unterrichten, wenn sie Kenntnis erlangen von dem Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist.“

Die Erkrankten verschleppen deshalb oft ihre Beschwerden, suchen bei Schwangerschaft erst im allerletzten Moment oder zu spät den Arzt auf, ansteckende Krankheiten werden zu spät erkannt, die Gefahr der Ansteckung in ihrem sozialen Umfeld wächst.

Andere EU-Staaten, wie Frankreich oder Österreich kennen diese Meldepflicht für öffentliche Stellen nicht. In Holland und Schweden haben Illegalisierte Anspruch auf medizinische Behandlung in Notfällen, sowie bei Schwangerschaft und Geburt.

In vielen Großstädten der Bundesrepublik Deutschland sorgen freiwillige Initiativen von sozial verantwortlichen ÄrztInnen unentgeltlich dafür, dass dieses humanitäre Defizit zumindest teilweise ausgeglichen wird. Sie entlasten damit den in diesem Punkt inhumanen Staat von

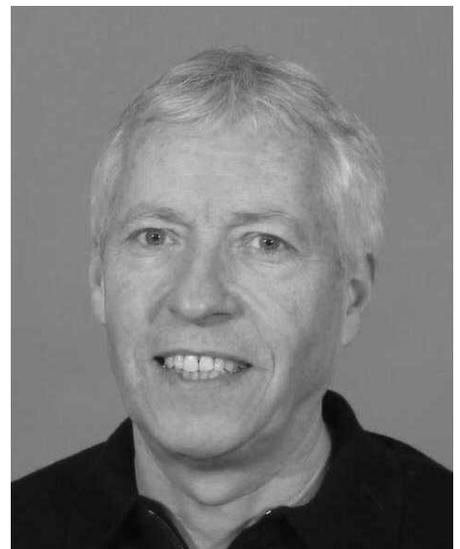
seiner Fürsorgepflicht, der Menschen, wenn sie keine Papiere haben, offensichtlich nicht als Träger von Menschenrechten, sondern als ordnungspolitisches Risiko betrachtet.

Dieser Zustand ist inhuman und bedarf einer raschen gesetzlichen Regelung.

Deutschland sollte endlich – wie viele andere Staaten – pragmatisch anerkennen, dass illegaler Aufenthalt immer zur Normalität eines Staates gehört und gehören wird.

Wir fordern die Verantwortlichen auf, als Sofortmaßnahme die Meldepflicht von Kliniken, Sozialämtern und Schulen gegenüber den Ausländerbehörden abzuschaffen, so wie es andere Staaten machen, die dadurch nicht mehr Probleme mit illegaler Zuwanderung haben als Deutschland. Längerfristig ist der Weg, den z.B. Italien, Spanien und Belgien gegangen sind, unumgänglich: die nachträgliche Legalisierung. Sie bedeutet die Akzeptanz der Tatsache, dass diese Menschen hier leben, hier eine Rolle haben, längst auch einen volkswirtschaftlichen Faktor darstellen und hier gebraucht werden.

Dr. Winfried Beck
(Mitglied des Vorstandes)
Dr. Gerhard Schwarzkopf-
Steinhauser
(stellvertretender Vorsitzender)
28. Januar 2008



Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zum angekündigten Ausstieg der bayerischen Hausärzte aus dem GKV-System

Ausstieg zu Lasten der Patienten

Auf einer Großkundgebung am 30. Januar in Nürnberg haben die bayerischen Hausärzte den Ausstieg aus dem bestehenden Sozialversicherungssystem angekündigt: wenn in einem Regierungsbezirk mehr als 70 Prozent der Hausärzte ihre Bereitschaft zum Ausstieg zeigen, werden sie ihre Kassenzulassung zurückgeben. Zwei Gründe werden für diesen Schritt angeführt: zum einen sei die Bezahlung nicht ausreichend, viele Leistungen müssten ohne direkte Bezahlung erbracht werden; zum anderen fühlen sich die Hausärzte von Kassen und ihren eigenen Standesverbänden, den Kassenärztlichen Vereinigungen, gegängelt und über den Tisch gezogen. Sie wollen daher als Hausärzte ihre Honorierung selbst in die Hand nehmen.

Nach Rückgabe der Kassenzulassung werden gesetzlich versicherte Patienten dann nicht mehr auf Krankenschein behandelt. Es ist unklar, auf welchem Weg die Hausärzte dann ihr Honorar eintreiben werden. Entweder bekommen die Patienten eine Rechnung, die sie sich dann von der Krankenkasse rückerstatten lassen. (Kostenerstattungsprinzip), oder die Ärzte leiten ihre Rechnungen an Private Verrechnungsstellen weiter, die dann alle Rechnungen gebündelt an die Kassen weiterleiten. Wie diese sich dann verhalten ist völlig unklar. Da sie ihren Mitgliedern vertraglich eine umfassende ärztliche Behandlung zugesichert haben, müssen sie entweder die Kosten zumindest teilweise übernehmen oder andere Einrichtungen, etwa kasseneigene Ambulatorien zur Verfügung stellen. Die Pati-

enten werden in jedem Fall die Leidtragenden sein, entweder weil sie persönlich ein finanzielles Risiko eingehen, was für die immer größer werdende Zahl sozial schwacher Menschen den Verzicht auf Arztbesuche bedeuten wird oder sie finden überhaupt keine Ärzte mehr ihres Vertrauens und müssen mit Notlösungen leben. Es ist schon jetzt abzusehen, dass dies zu erheblichen Verwerfungen in der medizinischen Versorgung derer führen wird, die es am nötigsten haben.

Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte kritisiert dieses Vorgehen aufs schärfste. Der Streit über die Honorarentwicklung innerhalb der Kassenärzteschaft darf nicht auf dem Rücken der Patienten ausgegossen werden. Bei einem Systemausstieg wollen sich die

Hausärzte das Geld direkt ohne KV bei den Kassen holen. Da sie mehr Honorar als bisher fordern, und die Fachärzte darauf achten werden, dass ihr Anteil am Honorar nicht kleiner wird, würde das Problem nur lösbar durch eine Erhöhung der Kassenbeiträge. Oder die Patienten müssen zuzahlen.

Dieser Schritt wird zu einer völligen Zersplitterung der Abrechnungslandschaft führen. Jede Arztgruppe soll mit jeder Kasse separate Verträge abschließen, was eine Kasse zahlt, kann die andere verweigern. Der Patient muss sehen, mit welcher Kasse sein Hausarzt einen Vertrag hat. Eine einheitliche Versorgung mit qualitätsgesicherten Leistungen wird dann nicht mehr möglich sein. Dies bedeutet eine weitere

Aushöhlung des Solidarprinzips. Die Arztpraxis wird immer mehr zum Krämerladen mit Barkasse am Eingang. Nebenbei bemerkt erweisen sich die Hausärzte mit ihren Aktionen einen Bärendienst: sie erhöhen die Bürokratie, zersplittern sich in den Auseinandersetzungen mit den Kassen und verunsichern ihre Patienten.

Die Protestaktionen der Hausärzte gehen in erster Linie zu Lasten der Patienten. Die Patienten werden die Betroffenen dieses Streits um das Geld werden. Und sie können sich am wenigsten wehren.

Der VDÄÄ fordert daher die Hausärzte auf, die derzeit bestehenden Probleme der Honorarverteilung auf keinen Fall auf dem Rücken der Patienten auszutragen und vor einem derartig weit reichenden Schritt wie der Rückgabe der Kassenzulassung alternative Verträge auszuhandeln, um die Versorgung der Patienten, insbesondere der sozial schwachen, zu gewährleisten.

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender)
Dr. Bernhard Winter
(stellvertretender Vorsitzender)
Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhaus
(stellvertretender Vorsitzender)
04. Februar 2008



Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zu den Warnstreiks an den Kliniken

Der vdää unterstützt die von ver.di organisierten Warnstreiks an den Kliniken.

Am 13. und 14. Februar 2008 hat ver.di zu Arbeitskampfmaßnahmen an den kommunalen Kliniken aufgerufen, um ihre Forderung nach 8 % mehr Lohn, mindestens aber 250 € monatlich durchzusetzen. Das von den Arbeitgebern bisher abgegebene Angebot von 5 % mehr Lohn, gespreizt über zwei Jahre und die Erhöhung der Arbeitszeit um 1,5 Stunden auf eine 40-Stunden-

Arbeitgeber haben uns für die nächste Verhandlungsrunde am 20. und 21. Februar in Offenbach am Main ein konkretes Angebot angekündigt und da die Verhandlungsrunde relativ konstruktiv verlief, wolle man diese Entwicklung nicht gefährden“.

Wir kritisieren diese Zurückhaltung und rufen alle Ärztinnen in den be-

- grundlegende Einigung über die Systematik der Gehaltsforderungen
- bei den berufsgruppenbezogenen Tarifforderungen Überprüfung eines Nachholbedarfs der TVöD-Beschäftigten gegenüber ÄrztInnen bei den Tarifverhandlungen
- angemessene Honorierung belastender Tätigkeiten. Gleiche Zeitzuschläge für alle Beschäftigten im öffentlichen Dienst (Mit welchem Recht erhalten Beschäftigte im Gesundheitswesen im TVöD, verglichen mit öffentlichen Bediensteten anderer Bereiche, nur einen Bruchteil der Zeitzuschläge bei Samstagsarbeit und bei - obendrein gesundheitsschädlicher - Nachtarbeit?)
- Erarbeitung allgemeinverbindlicher Mindeststandards zur Personalausstattung zur Sicherung einer Mindest-Strukturqualität in allen Häusern
- Aktuell Verzicht auf erweiterte Leistungsanteile des Gehalts. Leistungszulagen sind bei den derzeitigen „effizienten“, also extrem hierarchischen Entscheidungsstrukturen in erster Linie als ein Disziplinierungsinstrument in Arbeitgeberhand zu sehen.

Wir fordern den Marburger Bund auf, in die Tarifgemeinschaft zurückzukehren. Damit wird unserer Ansicht nach die Chance deutlich größer, die berechtigten Forderungen aller Beschäftigten in den Krankenhäusern durchzusetzen.

Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhäuser (stellv. Vorsitzender)
Dr. Peter Hoffmann (Mitglied des erweiterten Vorstands)
17. Februar 2008



Woche ist faktisch eine Reallohnkürzung. Nach den Lohnverzicht der vergangenen Jahre im öffentlichen Dienst empfinden wir das als Hohn.

Wir unterstützen die ver.di-Forderung an die Bundesregierung, das gedeckelte Budget der Kliniken aufzuheben.

Der Marburger Bund fordert 10 % mehr Gehalt in den laufenden Tarifverhandlungen für die Ärzte. Zugleich weist der Marburger Bund in einer Presseerklärung am 13. Februar 2008 darauf hin, dass sich Ärzte nicht an den Warnstreiks beteiligen mit der Begründung „Die

streikten Krankenhäusern auf, sich mit den KollegInnen zu solidarisieren.

Im Interesse der Beschäftigten im Gesundheitswesen fordert der vdää:

- gemeinsame Festlegung der Gewerkschaft ver.di und des MB auf eine konstruktive Zusammenarbeit während der Tarifrunde 2008
- Abstimmung der Gewerkschaft ver.di und des MB hinsichtlich Forderungen und Vorgehensweise
- keine Erhöhung der Wochenarbeitszeit

VDÄÄ
Geschäftsstelle
Nadja Rakowitz

Kantstraße 10
63477 Maintal
Telefon 06181 – 432 348

Mobil 0173 – 385 4872
Fax 0721 – 151 271 899
E-Mail: info@vdaeae.de

Freie Bahn für die Pharmaindustrie? VerbraucherInnenschutz bleibt auf der Strecke



Die EU-Kommission möchte die Pharmaindustrie an vorderster Front bei der VerbraucherInneninformation sehen. Dies macht eine EU-Anhörung zur Patienteninformation deutlich.ⁱ Alle EU-BürgerInnen und Organisationen können hier zu dem Gesetzesvorschlag Stellung nehmen, der voraussichtlich Ende des Jahres verabschiedet werden soll. Eigentlich handelt es sich aber nur um einen einzigen Vorschlag: der Pharmaindustrie zu erlauben, PatientInnen direkt über Krankheiten und deren Behandlung zu „informieren“. Die einzige Option, die noch offen gelassen wird, ist, ob die Industrie sich dabei selbst kontrollieren darf oder vielleicht doch ein bisschen staatliche Aufsicht noch sein muss. Wie sehr der EU-Kommission dieses Thema am Herzen liegt wurde auch auf der Tagung Pharma 2008 in Frankfurt Ende Februar deutlich. Hier warf sich der Europaabgeordnete Dr. Jorgo Chatzimarkakis mächtig für die Pharmaindustrie ins Zeug. Er ist Mitglied des industrielastigen EU-

Arzneimittel-Forums, der treibenden Kraft hinter den Gesetzesvorschlägen: Das größte Problem sei, dass Menschen Informationen über Krankheiten nicht von der Pharmaindustrie [...] wollten. Diese Art von Vorurteil gegenüber der Industrie sei tief verwurzelt und ein Problem, welches man irgendwie loswerden müsse.ⁱⁱ

Allerdings ist Misstrauen in sogenannte Informationen durch die Industrie mehr als angebracht. Der neue Pharma-Brief 1/2008 zeigt am Beispiel von Firmenwebseiten zu Verhütungsmitteln auf, dass Irreführung von VerbraucherInnen bereits jetzt zum Alltag gehört.

Sollte das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel in der Europäischen Union fallen, hätte das nicht nur negative Folgen für die VerbraucherInnen hierzulande. Die Pharma-Kampagne befürchtet für die Dritte Welt noch weit gravierendere Auswirkungen, da entsprechende Verbote auch in diesen Ländern dann nicht mehr zu halten wären. Wo bereits jetzt viele Menschen keinen Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln haben,

würde Werbung für neue teure Präparate eine sinnvolle Versorgung schwer schädigen.

Weitere Informationen im Leitartikel des neuen Pharma-Briefs 1/2008 www.bukopharma.de/uploads/file/Pharma-Brief/Phbf2008_01.pdf

ⁱ European Commission: Legal proposal on information to patients. Brussels, 5. February 2008 http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/docs/doc2008/2008_02/info_to_patients_consult_200802.pdf

ⁱⁱ „The biggest problem we have is that people do not want information from the industry about the medications that they produce. This kind of prejudice is very deeply ingrained but we have to get rid of it somehow. APM, 21.2. 2008

Geschäftsstelle:
August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld
Telefon +49-(0)521-60550
Telefax +49-(0)521-63789
presse@bukopharma.de
www.bukopharma.de

11. März 2008

Stellungnahme zum Konsultationsprozess der EU-Kommission: „Legal proposal on information to patients“

PatientInnen nicht im Regen stehen lassen – für eine industrieunabhängige Patienteninformation¹

Gesundheitsinformationen sind ein wichtiger und notwendiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Damit PatientInnen eine sachgerechte Entscheidung in Gesundheitsfragen treffen können, brauchen sie unabhängige und ausgewogene Informationen. Gesundheitsinformationen müssen:

- **Zuverlässig sein:** Gesundheitsinformationen müssen auf aktuellen wis-

senschaftlichen Erkenntnissen beruhen (unter Angabe der Datenquellen).

- **Unabhängig sein:** Es muss deutlich werden, wer die Information verfasst hat und wie sie finanziert wurde. Dies ermöglicht es PatientInnen, Informationskonflikte beeinflusst sind, zu erkennen.
- **Vergleichend sein:** Dazu gehören die Darstellung der Wirksamkeit und

des möglichen Schadens aller vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten sowie der möglichen Folgen eines Verzichts auf Behandlung. Des Weiteren sollten Angaben zu Ursache und Verlauf der Erkrankung oder des Problems bereitgestellt werden.

- **AnwenderInnenfreundlich sein:** Die Informationen sollten verständlich und leicht zugänglich sein sowie den kulturellen Hintergrund berücksichtigen.

Mit Sorge beobachten wir, dass die Grenzen zwischen Arzneimittelwerbung und Gesundheitsinformation zunehmend verwischen. Schon heute nutzen Firmen gesetzliche Regelungslücken und mangelnde Überwachung durch die Behörden, um tendenziöse Gesundheitsinformation und indirekte Produktwerbung auch für rezeptpflichtige Arzneimittel, z. B. über das Internet zu verbreiten. Für die VerbraucherInnen wird es so immer schwieriger, unabhängige Gesundheitsinformationen von Werbung zu unterscheiden. Diese Situation könnte sich in naher Zukunft weiter verschärfen.

Die Europäische Kommission plant noch in diesem Jahr einen neuen Gesetzesvorschlag im Bereich der Arzneimittelwerbung und Patienteninformation. Zwar soll nach Aussagen der Kommission das Verbot der Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel erhalten bleiben, die vorgesehene Gesetzesänderung würde es der Pharmaindustrie jedoch erlauben, „Informationen“ über Gesundheit / Krankheit und Arzneimittel direkt an die VerbraucherInnen zu richten.² Träger der Information sollte jedoch immer eine unabhängige Institution sein, die keine unmittelbaren ökonomischen Interessen an der Produktvermarktung hat. Deshalb führt das Argument der EU-Kommission, Information nur auf Basis der Qualität, nicht aber aufgrund der Quelle der Information zu beurteilen, bewusst in die Irre.³

Die primäre Rolle der Pharmaindustrie im Bereich Information ist die Erstellung von qualitativ hochwertiger Fachinformation für ÄrztInnen einerseits und PatientInnen andererseits (Packungsbeilagen). Pharmazeutische Unternehmen haben darüber hinaus die Pflicht, *alle* Studien zu registrieren und für die lückenlose Veröffentlichung auch von Studien mit negativen Ergebnissen zu sorgen⁴ sowie Berichte über unerwünschte Arzneimittelereignisse zeitnah an die Bundesoberbehörden zu melden. Im Rahmen der Förderung unabhängiger Patienteninformation sind ein öffentliches Register, in das alle Studien einge-

tragen werden müssen und eine öffentliche Datenbank für unerwünschte Arzneimittelwirkungen erste Schritte. Diese Themen werden im Vorschlag der EU-Kommission aber überhaupt nicht angesprochen.

VerbraucherInnen benötigen gerade aufgrund der unübersichtlichen Zahl von Gesundheitsinformationen in den Medien (und besonders im Internet) eine klare Unterscheidung zwischen Werbung und Information.⁵ Um eine rationale Entscheidung für die eigene Gesundheit treffen zu können, brauchen sowohl PatientInnen als auch die Öffentlichkeit unabhängige, vergleichende Informationen zum Für und Wider aller Behandlungsmethoden. Dazu gehört neben medikamentösen und nichtmedikamentösen Methoden auch die Möglichkeit, auf Behandlung zu verzichten. Pharmafirmen und von ihnen finanzierte „Partner“ können dies nicht leisten, denn wer Produkte verkaufen will, kann nicht neutral informieren.

Die Erstellung qualitativ guter Informationen für PatientInnen und VerbraucherInnen erfordert daher eine klare Trennung der Rollen der unterschiedlichen handelnden Akteure: die klare Etikettierung und informative Packungsbeilage durch die Unternehmen; vergleichende Informationen zu Gesundheit, Krankheiten und Behandlungen durch industrieunabhängige Einrichtungen, Beschäftigte im Gesundheitswesen, Verbraucherschutzorganisationen und unabhängige PatientInnenverbände.

Unabhängige Gesundheitsinformation ist eine öffentliche Aufgabe.

Wir fordern:

1. Die Aufrechterhaltung des Verbots der Verbraucherwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel einschließlich des Verbots sogenannter Informationsangebote durch die Industrie.
2. Eine stärkere Kontrolle und Ahndung von Verstößen gegen geltendes EU- / nationales Recht.

3. Die Bereitstellung von verständlicher vergleichender Informationen über Arzneimittel durch unabhängige Einrichtungen.
4. Eine bessere Vernetzung und finanzielle Stärkung der bestehenden unabhängigen Informationsangebote.
5. Eine Registrierung aller Studien in einem öffentlichen Register sowie die Veröffentlichungspflicht aller zu einem Medikament durchgeführten Studien.
6. Die unverzügliche Meldung unerwünschter Arzneimittelereignisse an die zuständige Oberbehörde sowie die Aufnahme in eine öffentliche Datenbank.

04.04.2008

August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld Deutschland
Telefon +49-(0)521-60550
Telefax +49-(0)521-63789
cwagner@bukopharma.de
www.bukopharma.de

¹ Diese Stellungnahme wird von den folgenden Organisationen mitgetragen: IPPNW Deutschland, der BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen sowie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Alle drei genannten Organisationen haben zusätzlich noch eine eigene Stellungnahme zum Konsultationsprozess eingereicht. (Anmerkung der Redaktion: zu den Unterstützern dieser Stellungnahme gehört inzwischen auch der VDPP.)

² Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat zum Bericht über die gegenwärtige Praxis der Bereitstellung von Arzneimittelinformationen für Patienten, Brüssel 20.12.2007 KOM (2007) 862 endgültig, <http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/new.htm> sowie Konsultation http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/docs/doc2008/2008_02/info_to_patients_consult_200802.pdf

³ Commission staff working document – Background information

supportive to the Communication from the Commission to the European Parliament and the Council concerning the Report on Current Practice with Regard to Provision of Information to Patients on Medicinal Products, in the form of different annexes, Brüssel 18.12.2007 COM(2007) 862, SEC(2007) 1740

⁴ Dass eine Unterschlagung negati-

ver Daten immer wieder geschieht, zeigt der jüngste Fall von Novo Nordisk. Hier wurden wichtige Studienergebnisse zu Insulinanaloga unter Verschluss gehalten (<http://www.iqwig.de/kurzwirksame-insulinanaloga-bei-diabetes-mellitus.658.html>). Ein weiteres Beispiel ist die selektive Publikation zur Wirksamkeit von Antidepressiva (Turner et al. Selective Publication

of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy N Engl J Med 358;3, p 252)

⁵ Die Frage, ob Informationen aktiv („push“) und passiv („pull“) verbreitet bzw. rezipiert werden – wie die Kommission vorschlägt, ist als vorrangiges Unterscheidungskriterium zwischen Werbung und Information allerdings ungeeignet.

Die Bundeskoordination Internationalismus (BUKO) ist ein Netzwerk von über 200 Dritte Welt Gruppen in Deutschland. 1980 begann BUKO eine Kampagne gegen unververtretbare Geschäftspraktiken international tätiger Pharmakonzerne. Die Pharma-Kampagne der BUKO setzt sich für einen rationalen Gebrauch von Arzneimitteln ein. Sie arbeitet mit ÄrztInnen und PharmazeutInnen, Verbrauchergruppen und StudentInnen zusammen. Die BUKO Pharma-Kampagne hat durch die Mitarbeit im Netzwerk Health Action International (HAI) Kontakt mit Gruppen in über 70 Ländern in aller Welt.

Bankverbindung: Gesundheit und Dritte Welt e.V., Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61) · Konto: 105 601 · Spendenkonto: 105 627

Wüstenapotheke in Gefahr

Selbstbedienungsladen der Pharmaindustrie?

„Ich bin mit dem Wissen über die Heilkraft der Pelargonium-Pflanze aufgewachsen“ sagt Nomthumzi Sizani, Sprecherin einer Gruppe traditioneller HeilerInnen in Eastern Cape, Südafrika. „Wieso ist es möglich, dass drei Patente auf die Extrakte der Pflanze in den USA und Europa vergeben sind? Und wie kann der Patentinhaber, das deutsche Unternehmen ISO Arzneimittel behaupten, sie seien die ersten gewesen, die die Heilkraft dieser Pflanze entdeckt hätten?“

Die Pelargonium-Pflanze, in Südafrika auch als „umckaloabo“ und „kalwerbossie“ bekannt, ist verwandt mit der Geranie. Ihre Wurzeln werden seit Jahrhunderten von den Zulu und Xhosa im südlichen Afrika als Heilmittel gegen vielerlei Krankheiten genutzt.

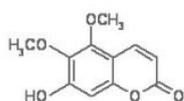
Zu den drei Patenten von ISO Arzneimittel auf den Pelargonium-Wirkstoff kommt jetzt ein Antrag auf ein weiteres Patent als HIV/Aids-Medikament. Südafrikanische Heile-

rInnen kritisieren dies als Diebstahl von traditionellem Wissen und halten die Patenterteilung schlichtweg für illegal. Patente dürfen eigentlich nur für neue Erfindungen erteilt werden – und neu entwickelt hat ISO Arzneimittel nichts.

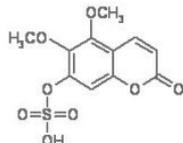
Während die arme Bevölkerung Südafrikas ihrer letzten Reichtümer beraubt wird, verdienen sich ausländische Firmen eine goldene Nase daran. Die Patente können außerdem eigene südafrikanische Forschungen für ein HIV/Aids-Medikament mit diesem Wirkstoff behindern.

Auch dieser Fall ist komplexer, als es auf den ersten Blick erscheint: Das traditionelle Wissen über die heilenden Fähigkeiten der Wurzel-extrakte machen sich ausländische Firmen schon länger zunutze. Seit mehr als 50 Jahren vermarkten deutsche Unternehmen ein Extrakt aus der Pelargoniumwurzel als Erkältungsmittel – in Europa unter dem Namen „Umckaloabo“, in den USA als „Umcka“. Mit 50 Mio. Euro Jahresumsatz schlägt das allein bei ISO Arzneimittel zu Buche.

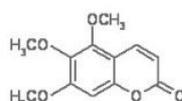
Solange nur traditionelle HeilerInnen Pelargonium nutzten und immer nur einen Teil der Wurzeln ausgruben, war das Sammeln einge-



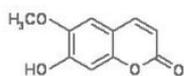
Umckalin



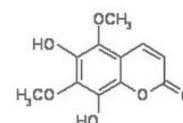
Umckalin-7-Sulfat



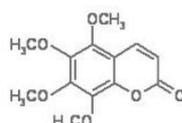
Trimethoxy-Umckalin



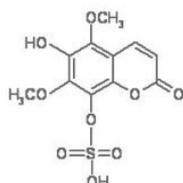
Scopoletin



6,8-Dihydroxy-5,7-dimethoxycumarin



5,6,7,8-Tetramethoxycumarin



6-Hydroxy-5,7-dimethoxy-8-sulfate-cumarin

bettet in bestimmte kulturelle Rituale, die letztlich die nachhaltige Nutzung und die Erhaltung dieser wertvollen Ressource in einem sensiblen Ökosystem gewährleisten. Heute werden die Pelargoniumwurzeln tonnenweise gesammelt – in der Regel, ohne der Pflanze einen Teil ihrer Wurzeln zu lassen. Die kommerzielle Nachfrage und die unkontrollierte Ausbeutung der wildwachsenden Pflanze bedrohen mittlerweile ihre Existenz. Versuche, sie auf Feldern anzupflanzen, zeigen nur mäßigen Erfolg. Ihre heilende Wirkung erzielt die Pflanze scheinbar nur bei langsamen Wachstum. Abhilfe könnten nur wirksame Handelsbeschränkungen schaffen.

Es geht ums Geschäft

Die Provinzregierung von Eastern Cape hat das Sammeln der Pelargoniumwurzeln bis auf weiteres verboten und bemüht sich so, die Pflanze vor dem Verschwinden zu retten. Trotzdem geht das illegale Sammeln weiter.

Die traditionellen HeilerInnen wollen ihre Rechte auch auf internationaler Ebene verteidigen und werden dabei von der südafrikanischen Regierung unterstützt, die den Pelargonium-Fall den CBD-Vertragsstaaten vorstellte. Die Forderung: ein Ausgleich für die Nutzung ihrer Ressourcen und ihres Wissens.

Selbst ein Erfolg der HeilerInnen wäre zweischneidig: eine Gewinnbeteiligung am kommerziellen, privatisierten Nutzen der Pflanzenextrakte würde eben auch Patente auf Leben legitimieren und überdies würde die Ausrottung der Pflanze wahrscheinlicher werden.

(Aus dem „KAPERBRIEF – Zeitung gegen Biopiraterie“ Nr. 10, April 2008, herausgegeben von der BUKO-Kampagne gegen Biopiraterie)

BUKO Kampagne
gegen Biopiraterie
c/o Informationsbüro Nicaragua
Deweerthstraße 8,
42107 Wuppertal
www.biopiraterie.de
info@biopiraterie.de

Wichtige Information für alle Patienten!

Alle Versicherten, ob Kasse oder Privat, sollen in Zukunft eine „elektronische Gesundheitskarte“ erhalten.

Was bedeutet das für Sie?

Alle Versicherten haben jetzt eine lebenslang gültige „Personenkennziffer“ erhalten. Die neue Karte wird mit einem Foto versehen. Politiker und Krankenkassen wollen, dass in Zukunft Ihre Krankheitsdaten (Arztbriefe, Diagnosen, vererbte Erkrankungen und verordnete Medikamente) außerhalb der Arztpraxis gespeichert werden.

Was Sie aber nicht wissen:

AUF der Karte wird fast nichts gespeichert! Die Karte dient als SCHLÜSSEL zu einem gigantischen Computernetzwerk, dem sich künftig alle Arztpraxen, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Psychotherapeuten, alle ca. 300 Krankenkassen, Krankengymnasten, Sanitätshäuser und viele weitere Berufsgruppen des Gesundheitswesens anschließen müssen. Dies bedeutet, dass schätzungsweise bis zu 2 Millionen Menschen aus dem gesamten Gesundheitsbereich Zugriff auf die Krankheitsdaten erhalten werden.



Wollen Sie, dass in Zukunft Ihre Krankheitsdaten, zum Beispiel AIDS, Krebs, Diabetes, Potenzprobleme oder Nervenzusammenbruch, nicht mehr unter der Schweigepflicht Ihres Arztes liegen, sondern in zentralen Computern mit Internet-Anbindung gespeichert werden?

Das ganze Projekt ist unsinnig, teuer und gefährlich. Und Sie als Versicherte zahlen dafür auch noch die Rechnung.

Gläserne Bürger? Nein Danke!

Die Aktion „Stoppt die e-Card“ sagt NEIN zu diesem Mammutprojekt!

Wir fordern das Recht auf Weiterverwendung der bisherigen Versichertenkarten!

Bündnis „Stoppt die e-Card“: Arbeitskreis Vorratsdatenspeicherung, Bundesverband der Ärztegenossenschaften, Chaos Computer Club, Freie Ärzteschaft, IPPNW, NAV-Virchowbund, Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten und viele weitere Organisationen. Dieses Dokument als Kopiervorlage benutzen oder Download unter www.stoppt-die-e-card.de.

IPPNW – Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung e. V.
Körtestr. 10,
10967 Berlin,
Tel: 030 / 698 074-0,
kontakt@ippnw.de,
<http://www.ippnw.de>

Der nächste VDPP-Rundbrief erscheint im Juni 2008.

Redaktionsschluss ist am 31. Mai 2008.



Der Vorstand

Jana Böhme
Travestraße 4
10247 Berlin
Telefon 0176
28268204
rix47@gmx.de

Bernd Rehberg
Isestraße 39
20144 Hamburg
Telefon 0179 5375711
bernd@bernd-rehberg.
de

Dr. Thomas Schulz
Hertelstraße 10
12161 Berlin
Telefon 030 85074341
TGSchulz@web.de

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg
siehe Hessen

Bayern
siehe Hessen

Berlin

Dr. Regina Schumann
Halskestraße 4
12167 Berlin
Telefon 030 7951471
sander.schumann
@gmx.de

Brandenburg
siehe Berlin

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel-Apotheke
Schwaneweder
Straße 21
28779 Bremen
Telefon 0421 605054
Fax 0421 605058
info@igelapo.de

Hamburg

VDPP-Geschäftsstelle
Neptun-Apotheke
Bramfelder
Chaussee 291
22177 Hamburg
Telefon 040 63917720
Fax 040 63917724
Geschäftsstelle
@vdpp.de

Hessen

Christl Trischler
Elisabethenstraße 5
64390 Erzhausen
Telefon 06150 85234
chri-tri@web.de

Mecklenburg-Vorpommern
siehe Hamburg

Niedersachsen

Dorothea Hofferberth
Ruschenbrink 23
31787 Hameln
Telefon 05151 64096
Aesculap.Apotheke
@t-online.de

Nordrhein-Westfalen

Christine Szlachcic-
Schomacher
Beckhofstraße 2
48145 Münster
Telefon 0251 511894
Ch.schomacher
@onlinehome.de

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen

Saarland
siehe Hessen

Sachsen

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7
04205 Miltitz
Telefon 0341 9405732

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen